Analisis Kebijakan Ketenagaan

AGUNG D. LAKSONO – WIDODO J. PUDJIRAHARDJO – IWAN M. MULYONO

SEBUAH FORMULASI KEBIJAKAN KETENAGAAN DOKTER UMUM

Health Advocacy

ANALISIS KEBIJAKAN KETENAGAAN

Sebuah Formulasi Kebijakan Ketenagaan Dokter Umum

Agung D. Laksono
Widodo J. Pudjirahardjo
Iwan M. Mulyono

Diterbitkan oleh;

Health Advocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat
Jl. Bibis Karah I/41 Surabaya 60232
Email; healthadvocacy@information4u.com

Bekerja sama dengan;

PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176
Telp. +6231-3528748,
Fax. +6231-3528749

ANALISIS KEBIJAKAN KETENAGAAN
Sebuah Formulasi Kebijakan Ketenagaan Dokter Umum

Penulis:
Agung D. Laksono
Widodo J. Pudjirahardjo
Iwan M. Mulyono

©Health Advocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat
Jl. Bibis Karah I/41 Surabaya 60232
Email: healthadvocacy@information4u.com

Cetakan Pertama –Mei 2012
Penata Letak – ADdesign
Desain Sampul – ADdesign
ISBN: 978-602-98177-7-5

Pengantar

Kepala
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat
Badan Penelitian dan Pengembangan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Sumber daya manusia kesehatan merupakan salah satu subsistem paling penting dalam Sistem Kesehatan. Kekuatan dan keberadaannya berpengaruh besar terhadap proses sistem yang telah terbentuk. Keberadaan SDM Kesehatan diharapkan menciptakan dan mencapai sinergi dengan membentuk karakter tersendiri dalam mencapai tujuan sistem tersebut. Perannya menjadi penting ketika jumlah, fungsi, penempatan, kapabilitas adekuat dan tepat waktu keberadaanya menjadi bagian utama dalam proses.

Permasalah yang sering dihadapi adalah jumlah tenaga kurang tanpa atau belum melakukan proses realokasi tenaga; jenis tenaga tidak cocok tanpa atau belum melakukan peningkatan kapasitas atau tidak cairnya suasana psikologis. Motivasi rendah tanpa atau belum pernah dilakukan perbaikan motivasi atau tidak pernah dilakukan perawatan semangat kerja. Saat ini juga sangat penting adalah konsistensi supervisi dan pembinaan yang sebenarnya.

Khusus tenaga dokter, saat ini walaupun jumlah lulusan tenaga kesehatan cukup, tetapi banyak daerah merasakan kekurangan keberadaan doker umum, baik secara jumlah maupun ketepatan pada tempatnya. Untuk

memastikan hal tersebut maka sebuah formulasi harus diciptakan, sehingga tingkat kebutuhan minimal dalam hal kecukupan kuantitas tenaga dokter umum dapat dihitung berdasarkan kondisi lapangan dan kesepakatan antar aktor pelaksana di lapangan.

Buku ini secara rinci mencoba menjembatani keinginan tersebut, memperhitungkan tingkat kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan beberapa alternatif pertimbangan yang bisa dipilih dan disepakati oleh aktor kebijakan pada tataran lapangan. Hasil akhir perhitungan dilakukan dan disepakati antar aktor kebijakan pada level kebutuhan tersebut, dengan harapan akseptabilitas kebijakan yang sedang diformulasikan bisa diterima semua aktor kebijakan sebagai sebuah kesepakatan.

Besar harapan, semoga buku ini bisa memberi manfaat dalam proses formulasi kebijakan ketenagaan kesehatan, khususnya ketenagaan dokter umum.

Drg. Agus Suprapto, M.Kes

Pengantar Penulis

Alhamdulillah... akhirnya buku "**Analisis Kebijakan Ketenagaan, Sebuah Formulasi Kebijakan Ketenagaan Dokter Umum**" yang lebih merupakan monumen proses pembelajaran penulis di bidang analisis kebijakan dapat diselesaikan.

Banyak terimakasih kepada gurunda Widodo J. Pudjirahardjo dan Iwan M. Mulyono yang dengan telaten membimbing sehingga tulisan ini bisa terwujud. Ucapan terimakasih kepada Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, tempat penulis bernaung, yang membiayai penelitian ini sampai dengan tuntasnya tulisan ini.

Analisis kebijakan, sebuah ilmu *gado-gado* yang memadukan banyak disiplin ilmu untuk meramu sebuah kebijakan dengan harapan menjadi *applicable*. Dengan membuka mata selebar mungkin terhadap isu kebijakan, menganalisis keterkaitan kebijakan yang sudah ada sebelumnya, strategi meminimalisir resistensi, merangkul sebanyak mungkin aktor kebijakan, menyediakan alternatif kebijakan, serta mampu memprediksikan tingkat keberhasilannya di masa mendatang, membuat analisis kebijakan menjadi sedemikian kompleks.

Besar harapan buku ini bisa menjadi sebuah pembelajaran dan pengembangan analisis kebijakan sebagai sebuah ilmu terapan. Sungguh penulis berupaya untuk itu!

Perlu banyak energi untuk menyusun tulisan yang berbasis tesis menjadi sebuah format buku, dan tentu saja akan masih ditemui banyak lubang di sana-sini, meski penulis telah berusaha dengan sangat keras. Untuk itu saran dan kritik membangun demi perbaikan tetap ditunggu dengan takzim.

Salam sehat!

Surabaya, Mei 2012

Daftar Isi

Daftar Gambar

Daftar Tabel

Kebijakan adalah pilihan...
kebanyakan bukan soal salah atau benar,
tergantung kita mau memilih kebijakan yang mana,
yang terpenting adalah konsekuensi
dari setiap pilihan kebijakan,
bisakah kita mengantisipasi konsekuensi pilihan kita?

-Agung Dwi Laksono-

Bab 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Seiring diberlakukannya Undang-Undang (UU) No.22 dan No. 25 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah membuat wacana baru tentang otonomi daerah menjadi kenyataan. Kebijakan yang kemudian disempurnakan dengan UU No. 32 tahun 2004 tersebut pada akhirnya membawa perubahan kepada semua bidang pembangunan tidak terkecuali bidang kesehatan.

Pendahuluan

Menurut Mardiasmo (2002) perubahan pada bidang kesehatan secara garis besar terdiri dari dua hal, yaitu:

1. Perubahan dalam sistem dan proses organisasional.
2. Keadilan, efisiensi dan kualitas pelayanan.

Perubahan dalam sistem dan proses organisasional tersebut terdiri dari pembangunan kebijakan kesehatan, kebutuhan penghitungan dan informasi, perencanaan dan alokasi sumber daya, pembiayaan dan manajemen keuangan, perencanaan dan manajemen sumber daya manusia, koordinasi antarsektoral dan partisipasi masyarakat.

Realitas tersebut menunjukkan besarnya perubahan mendasar dibidang kesehatan yang terjadi dalam era desentralisasi, hampir semua bidang tergantung pada daerah. Oleh karena itu, diperlukan kemampuan dinas kesehatan agar dapat menetapkan prioritas program kesehatan, serta memiliki kemampuan advokasi kepada pemerintah daerah dan lembaga legislatif dalam upaya mendapatkan *political commitment* peningkatan alokasi anggaran untuk bidang kesehatan. Diperlukan juga kemampuan tenaga kesehatan untuk melakukan perencanaan program dan anggaran, implementasi, dan evaluasi program (Budiarto, 2003).

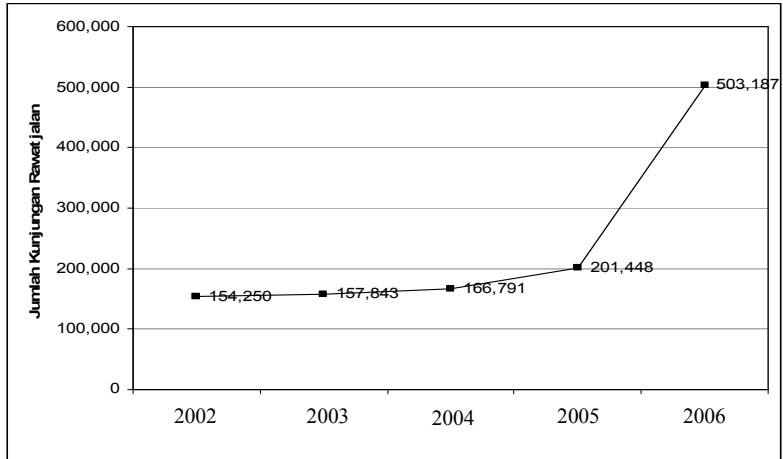
Sebagaimana fenomena umum di bidang kesehatan yang pernah muncul di berbagai wilayah di Jawa Timur, tidak terkecuali dengan Kabupaten Blitar, problematika yang memerlukan perhatian serius di berbagai wilayah antara lain (Kabupaten Blitar, 2006a):

1. adanya keterbatasan tenaga medis dan paramedis;
2. belum optimalnya koordinasi antar bagian dan atau instansi kesehatan yang ada;
3. keterbatasan sarana dan prasarana kesehatan yang ada;
4. keterbatasan finansial dalam aktifitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat;
5. pemanfaatan pusat pelayanan kesehatan masyarakat di berbagai wilayah dirasakan masih belum terlampau optimal;
6. terbatasnya akses informasi perihal sistem pelayanan kesehatan yang tengah berlangsung di wilayah sekitar.

Memahami permasalahan tersebut, sejalan dengan kebijakan umum pembangunan Kabupaten Blitar tahun 2006 yang salah satunya berupa peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan, maka Pemerintah Kabupaten Blitar menetapkan program pelayanan rawat jalan di Puskesmas dan

Rumah Sakit yang ditanggung Pemerintah Daerah. Kebijakan tersebut ditetapkan melalui Peraturan Bupati Nomor 13 tahun 2006 (Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, 2006). Diharapkan upaya peningkatan aksesibilitas terhadap sarana pelayanan kesehatan yang diberikan tidak menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan.

Tujuan dari kebijakan lokal program pelayanan rawat jalan di Puskesmas dan Rumah Sakit yang ditanggung Pemerintah Daerah untuk upaya peningkatan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan menunjukkan hasil yang sesuai harapan, terjadi peningkatan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan (Puskesmas) yang memuaskan seperti yang terlihat pada gambar 1.

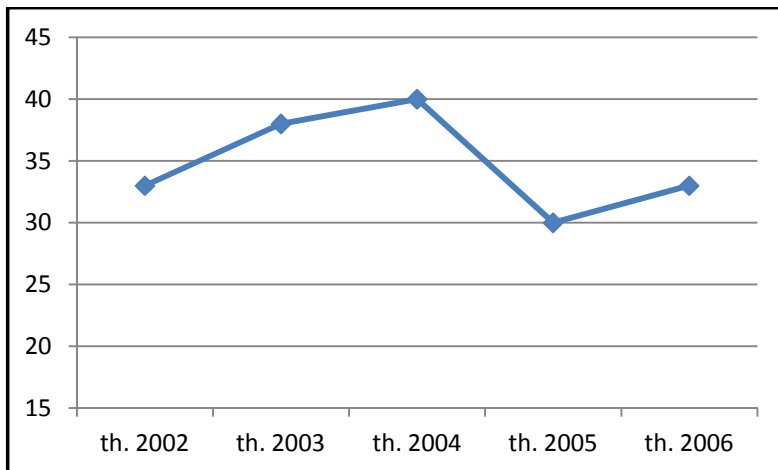
Data kunjungan di 24 puskesmas yang terdapat di Kabupaten Blitar yang didapatkan dari Dinas Kesehatan menunjukkan *trend* yang meningkat tajam pada tahun 2006. Peningkatan yang terjadi berlangsung pasca diberlakukannya kebijakan nasional Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Masyarakat Miskin (JPKMM) pada tahun 2005.

Gambar 1. Trend Kunjungan Rawat Jalan di Puskesmas se Kabupaten Blitar Tahun 2002-2006
(Sumber : Kompilasi dari Profil Kesehatan Kabupaten Blitar Tahun 2006 dan Laporan puskesmas tahun 2006)

Seiring itu dampak peningkatan trend kunjungan di Puskesmas tersebut, bertambah tajam dengan dikeluarkannya kebijakan daerah ’Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas dan Rumah Sakit yang Ditanggung Pemerintah Kabupaten Blitar’ pada pertengahan tahun 2006 (bulan Juni).

Peningkatan kunjungan yang terjadi sebesar 249,79% bila dibanding dengan kunjungan pada tahun 2005. Bila dibandingkan dengan tahun 2002 meningkat sebesar 326,22%, sementara peningkatan jumlah kunjungan pada tahun 2005 ke 2006 tersebut tidak mengikuti trend yang berlangsung mulai tahun 2002 sampai dengan tahun 2005.

Pendahuluan

Peningkatan aksesibilitas masyarakat atas pelayanan kesehatan haruslah disertai dengan upaya peningkatan baik dari segi kuantitas maupun kualitas pelayanan di sarana pelayanan kesehatan serta sumber daya manusia pendukungnya, termasuk di dalamnya tenaga dokter umum.

Upaya pengaturan ketenagaan kesehatan ini menjadi sangat penting dan strategis, karena peningkatan kunjungan yang sedemikian besar bila tidak diantisipasi akan menurunkan kualitas pelayanan. Masyarakat sebagai pengguna akan semakin sulit untuk mendapatkan pelayanan dan konsultasi secara langsung dengan dokter puskesmas.

Gambar 2. Trend Jumlah Tenaga Dokter Umum di 24 Puskesmas Kabupaten Blitar pada Tahun 2002-2006

(Sumber : Kompilasi dari Kabupaten Blitar dalam Angka tahun 2007 & Profil Kesehatan Kabupaten Blitar Tahun 2007)

Berbeda dengan trend kunjungan pada lima tahun terakhir (2002-2006) di seluruh puskesmas Kabupaten Blitar, justru trend sumber daya tenaga dokter umum di 24 Puskesmas Kabupaten Blitar menunjukkan jumlah yang cenderung mengalami penurunan. Bahkan pada tahun 2005 data di Dinas Kesehatan menunjukkan terjadinya kekosongan tenaga dokter umum di dua kecamatan. Dua kecamatan tersebuta adalah Kecamatan Panggungrejo dan Kecamatan Udanawu.

Rasio jumlah tenaga dokter umum dibandingkan dengan jumlah penduduk di Kabupaten di setiap kecamatan menunjukkan variasi yang sangat besar. Jumlah tersebut sudah memperhitungkan jumlah tenaga dokter umum di semua sarana pelayanan kesehatan yang menggunakan tenaga dokter umum, baik yang dimiliki oleh pemerintah, swasta maupun dokter praktek pribadi.

Variasi yang besar juga terjadi pada distribusi atau persebaran tenaga dokter umum di setiap kecamatan di Kabupaten Blitar.

Rasio tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar, baik untuk setiap kecamatan maupun rata-rata kabupaten sangat jauh dengan rasio yang ditetapkan Depkes. Hanya ada satu kecamatan saja yang rasionya mendekati rasio yang ditetapkan

Depkes. Artinya, terjadi kekurangan tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar. Besarnya kesenjangan variasi rasio tenaga dokter umum antar kecamatan dan kekurangan tenaga dokter umum tersebut dapat dilihat pada tabel 1 dan 2 berikut.

Tabel 1. Rasio Tenaga Dokter Umum (Jumlah Dokter Umum : Jumlah Penduduk) di Kabupaten Blitar Tahun 2006

Kecamatan	Jumlah Dokter Umum				Jumlah Penduduk (Riil akhir tahun 2006)	Rasio (Jumlah Dokter : Jumlah Penduduk)
	Puskesmas	RS/RB/BP	Praktek Swasta	Jumlah		
1. Bakung	1	-	1	2	29.130	1 : 14.565
2. Wonotirto	1	-	1	2	42.395	1 : 21.198
3. Panggungrejo	1	1	1	3	45.960	1 : 15.320
4. Wates	1	-	1	2	34.540	1 : 17.270
5. Binangun	2	-	-	2	48.280	1 : 24.140
6. Sutojayan	2	2	2	6	54.169	1 : 9.028
7. Kademangan	2	1	3	6	77.021	1 : 12.837
8. Kanigoro	3	1	3	7	74.054	1 : 10.579
9. Talun	1	3	-	4	65.514	1 : 16.379
10. Selopuro	1	-	1	2	47.045	1 : 23.523
11. Kesamben	2	-	1	3	59.489	1 : 19.830
12. Selorejo	2	-	1	3	43.042	1 : 14.347
13. Doko	1	-	-	1	47.690	1 : 47.690
14. Wlingi	1	13	7	21	59.902	1 : 2.852
15. Gandusari	2	-	2	4	79.189	1 : 19.797
16. Garum	1	2	2	5	82.571	1 : 16.514
17. Nglegok	2	-	3	5	77.934	1 : 15.587
18. Sanankulon	1	-	1	2	59.231	1 : 29.616
19. Ponggok	2	-	2	4	103.600	1 : 25.900
20. Srengat	2	2	7	11	69.490	1 : 6.317
21. Wonodadi	1	2	5	8	52.749	1 : 6.594
22. Udanawu	1	1	2	4	44.340	1 : 11.085
Total	33	28	46	107	1.297.335	1 : 2.125

Keterangan : Rasio Normatif 40:100.000 atau 1: 2.500 (Indonesia Sehat 2010, Depkes, 2004d)

Sumber : Tabulasi dari data Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, IDI Kabupaten Blitar

Tabel 2. Distribusi Sarana Pelayanan Kesehatan Pengguna Tenaga Dokter Umum di Kabupaten Blitar Tahun 2006

Kecamatan	Jumlah Penduduk (Riil akhir tahun. 2006)	Sarana Pelayanan Kesehatan Pengguna Tenaga Dokter Umum	
		Jenis Sarana	Jumlah
1. Bakung	29.130	Puskesmas Bakung, DPS	2
2. Wonotirto	42.395	Puskesmas Wonotirto, DPS	2
3. Panggungrejo	45.960	Puskesmas Panggungrejo, BP, DPS	3
4. Wates	34.540	Puskesmas Wates, DPS	2
5. Binangun	48.280	Puskesmas Binangun	1
6. Sutojayan	54.169	Puskesmas Sutojayan, RB, DPS (2)	4
7. Kademangan	77.021	Puskesmas Kademangan, RB, DPS (3)	5
8. Kanigoro	74.054	Puskesmas Kanigoro, RB, DPS (3)	5
9. Talun	65.514	Puskesmas Talun, RS An Nisa	2
10. Selopuro	47.045	Puskesmas Selopuro, DPS	2
11. Kesamben	59.489	Puskesmas Kesamben, DPS	2
12. Selorejo	43.042	Puskesmas Selorejo, DPS	2
13. Doko	47.690	Puskesmas Doko	1
14. Wlingi	59.902	Pusk. Wlingi, RS Ngudi Waluyo, RS Asy Syifa, RB, DPS (7)	11
15. Gandusari	79.189	Puskesmas Gandusari, Puskesmas Slumbung (2)	4
16. Garum	82.571	Puskesmas Garum, Poliklinik, DPS (2)	4
17. Nglegok	77.934	Puskesmas Nglegok, DPS (3)	4
18. Sanankulon	59.231	Puskesmas Sanankulon, DPS	2
19. Ponggok	103.600	Puskesmas Ponggok, Puskesmas Bacem, DPS (2)	4
20. Srengat	69.490	Puskesmas Srengat, RSI, DPS (7)	9
21. Wonodadi	52.749	Puskesmas Wonodadi, RSI Yashmar, DPS (5)	7
22. Udanawu	44.340	Puskesmas Udanawu, RB, DPS (2)	2
Total	1.297.335		80

Sumber : Tabulasi dari data Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, IDI Kabupaten Blitar

Keterangan : DPS (dokter praktek swasta), BP (balai pengobatan), RB (rumah bersalin), RS (rumah sakit), RSI (rumah Sakit Islam)

Dari tabel 1 dan 2 dapat dilihat distribusi yang tidak merata, ada kesenjangan yang sangat besar pada rasio jumlah tenaga dokter umum dengan jumlah penduduk pada setiap kecamatan.

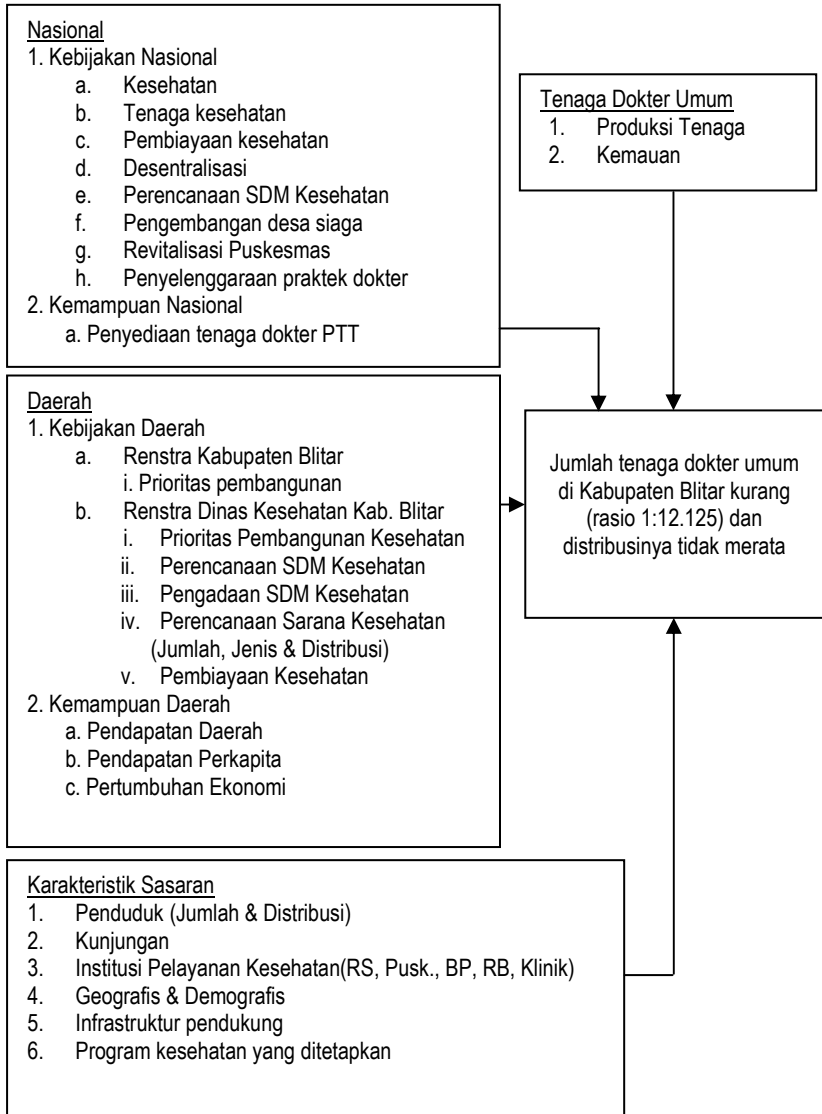
Rasio tenaga dokter umum secara normatif yang diharapkan Departemen Kesehatan dalam Indonesia Sehat 2010 adalah sebesar 1 : 2500 (Depkes, 2004d). Di Kabupaten Blitar rasio tenaga dokter umum terkecil sebesar 1 : 2.852 yang berada di Kecamatan Wlingi, sedangkan rasio tenaga dokter umum terbesar 1 : 47.690 yang dimiliki Kecamatan Doko.

Jika dilihat pada tabel 2 distribusi sarana pelayanan kesehatan, maka sarana pelayanan kesehatan yang dimiliki pemerintah, dalam hal ini Puskesmas, juga menunjukkan ketidaksesuaian rasio jumlah Puskesmas dengan jumlah penduduk yang menjadi beban kerjanya. Hanya ada satu puskesmas di wilayah Kabupaten Blitar yang memenuhi standar tenaga dokter umum yang ditetapkan Departemen Kesehatan sebesar 1 : 30.000, yaitu Puskesmas Bakung.

Jika dilihat dari jumlah sarana kesehatan yang menggunakan tenaga dokter umum (rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, klinik, rumah bersalin) yang ada pada tiap-tiap kecamatan juga menunjukkan distribusi yang tidak merata.

Berdasarkan tabel 1 dan 2 serta latar belakang permasalahan diatas maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah jumlah tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar kurang dengan rasio 1:12.125 (rasio normatif 1:2500) dan distribusinya tidak merata.

1.2. Identifikasi Penyebab Masalah

Masalah jumlah dan distribusi tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar, bila diuraikan berdasarkan kemungkinan penyebab masalahnya dapat dilihat pada gambar 3 berikut;

Gambar 3. Identifikasi Penyebab Masalah

Pendahuluan

Berdasarkan gambar 3 Identifikasi Penyebab Masalah, maka terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi jumlah dan distribusi tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar, dapat dijelaskan sebagai berikut.

1. Faktor nasional
   a. Kebijakan Nasional

      Kebijakan nasional merupakan kebijakan di tingkat negara yang memberikan arahan dan pedoman secara garis besar bagi pemerintah di kabupaten atau kota dalam menjalankan roda pemerintahan. Dalam konteks penelitian ini, kebijakan nasional adalah kebijakan pemerintah pusat yang kemungkinan dapat berpengaruh terhadap jumlah dan distribusi tenaga dokter umum.

      1) Kesehatan

         Kebijakan nasional di bidang kesehatan ini yang memberikan garis tentang hal-hal yang harus dipenuhi dan diselenggarakan oleh daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan termasuk didalamnya pengaturan ketenagaan, yang secara langsung maupun tidak langsung akan berpengaruh terhadap jumlah dan distribusi tenaga dokter umum.

2) Tenaga kesehatan

Kebijakan tentang tenaga kesehatan ikut memberikan sumbangan pengaruh terhadap jumlah dan distribusi tenaga dokter umum karena kebijakan ini ikut menentukan tenaga kesehatan mana yang menjadi prioritas dan tenaga kesehatan mana yang bersifat sebagai tenaga strategis.

3) Pembiayaan kesehatan (JPKMM)

Kebijakan pemenrintah yang tertuang dalam Kepmenkes Nomor 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin ini akan turut menyumbangkan andil sangat besar dalam peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas kesehatan, terutama masyarakat miskin. Hal ini terlihat dari peningkatan kunjungan rawat jalan pada tahun 2006 di 24 puskesmas di Kabupaten Blitar (gambar 1) yang melebihi 200% dari tahun sebelumnya.

Peningkatan kunjungan yang terjadi akan berdampak pada peningkatan kebutuhan tenaga dokter umum dalam jumlah dan distribusinya.

4) Desentralisasi

Kebijakan tentang desentralisasi ini membuka peluang untuk dilahirkannya kebijakan lokal 'Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas dan Rumah Sakit yang Ditanggung Pemerintah Kabupaten Blitar' yang secara simultan ikut berperan meningkatkan angka kunjungan rawat jalan pada tahun 2006, dan pada akhirnya akan berdampak langsung terhadap jumlah dan distribusi tenaga dokter.

5) Perencanaan SDM Kesehatan

Kebijakan yang tertuang dalam Kepmenkes Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit ini lebih memberikan arahan operasional tentang beberapa cara penghitungan untuk pemenuhan kebutuhan SDM kesehatan, tidak terkecuali tenaga dokter umum. Beberapa cara penentuan kebutuhan tenaga dalam kebijakan ini misalnya, akan membedakan kebutuhan tenaga dokter umum antara di pedesaan dan perkotaan di Kabupaten Blitar.

Kebijakan yang mengatur tentang cara penghitungan kebutuhan tenaga ini yang menjadi

acuan rasio normatif tenaga dokter umum terhadap jumlah penduduk, sehingga ikut menentukan apakah jumlah tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar sudah mencukupi atau belum.

6) Pengembangan desa siaga

Kebijakan terbaru yang diusung oleh Departeman Kesehatan ini tertuang dalam Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Pengaruh kebijakan tentang pengembangan desa siaga ini lebih kepada tambahan fungsi tenaga dokter umum untuk supervisi dan pembinaan teknis medis di pos kesehatan desa (Poskesdes) yang dijalankan oleh bidan atau perawat.

Penambahan fungsi ini akan menambah beban tenaga dokter umum di Puskesmas yang otomatis juga membutuhkan jumlah tenaga dokter umum yang lebih besar.

7) Revitalisasi Puskesmas

Dengan adanya kebijakan tentang revitalisasi Puskesmas, maka akan ikut pula menentukan program kesehatan yang ditetapkan serta target

pencapaian pelaksanaan program. Hal ini berarti akan ikut menjadi penentu kebutuhan tenaga dokter umum di Puskesmas hasil revitalisasi.

8) Penyelenggaraan praktek dokter

Kebijakan tentang penyelenggaraan praktek dokter yang mengatur tentang tenaga dokter yang hanya boleh berpraktek di tiga tempat yang berbeda turut memberikan pengaruh terhadap distribusi tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar.

b. Kemampuan Nasional

1) Penyediaan tenaga dokter PTT

Jumlah tenaga dokter umum yang mampu disediakan oleh pemerintah pusat melalui program pegawai tidak tetap (PTT) akan ikut memberikan andil terhadap ketersediaan tenaga dokter umum di daerah. Pada saat ini untuk Provinsi Jawa Timur sudah bukan prioritas lagi sebagai tempat distribusi penyaluran tenaga dokter PTT, sehingga akan berpengaruh terhadap jumlah dokter umum di Kabupaten Blitar.

2. Faktor daerah

   a. Kebijakan Daerah

      1) Renstra Kabupaten Blitar

         Perencanaan strategis di tingkat Kabupaten Blitar secara umum ikut memberi pengaruh terhadap ketenagaan dokter umum. Kebijakan ini yang akan menentukan apakah kesehatan, termasuk didalamnya kebijakan ketenagaan kesehatan, menjadi prioritas atau tidak dalam tata pemerintahan Kabupaten Blitar. Realitas di lapangan menunjukkan bidang kesehatan menjadi prioritas di Kabupaten Blitar selain dari bidang pendidikan. Tetapi tidak ada kebijakan yang menyinggung tentang tenaga dokter umum secara khusus, baik dari segi jumlah maupun distribusinya.

      2) Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar

         Perencanaan strategis di tingkat Dinas Kesehatan akan juga sangat berpengaruh terhadap jumlah dan distribusi tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar, karena akan mengatur tentang perencanaan SDM kesehatan, pengadaan SDM kesehatan, perencanaan sarana kesehatan, baik dari segi jumlah, jenis dan distribusinya, serta pembiayaan kesehatan.

b. Kemampuan Daerah

Sebaik apapun aturan dan standar yang ditetapkan maupun perencanaan yang dibuat, semuanya kembali kepada kemampuan Kabupaten Blitar dalam memenuhinya.

Untuk itu kemampuan daerah dalam prioritas ketenagaan, pemberian insentif dan upaya pengembangan *demand* sangat berpengaruh dalam jumlah dan distribusi tenaga dokter umum.

3. Faktor karakteristik sasaran

a. Penduduk

Semakin banyak jumlah seluruh penduduk di wilyah Kabupaten Blitar maka semakin banyak jumlah tenaga dokter umum yang dibutuhkan. Distribusi atau persebaran penduduk di setiap kecamatan juga memberikan kontribusi pengaruh untuk penentuan kebutuhan tenaga dokter umum di kecamatan tersebut.

Di Kabupaten Blitar variasi jumlah penduduk tersebut sangat besar. Kecamatan dengan jumlah penduduk terkecil adalah Kecamatan Bakung dengan jumlah penduduk 29.130, sedangkan Kecamatan Ponggok mempunyai jumlah penduduk terbesar dengan

jumlah 103.600, lebih besar dari 3,5 kali jumlah penduduk Kecamatan Bakung.

b. Kunjungan

Kunjungan, jumlah kunjungan dan pola penyakit akan mempengaruhi jumlah tenaga dokter umum yang harus disediakan. Pada tahun 2006 terjadi lonjakan kunjungan rawat jalan yang sangat besar di 24 puskesmas Kabupaten Blitar, dari 201.448 pada tahun 2005 menjadi 503.187 pada tahun 2006. Lonjakan kunjungan tersebut akan memberikan tambahan beban kerja tenaga dokter umum yang juga sangat besar.

c. Institusi Pelayanan Kesehatan

Jenis institusi pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Blitar juga berkontribusi untuk menentukan jumlah kebutuhan tenaga dokter umum. Rumah sakit, Puskesmas, Balai Pengobatan, Rumah Bersalin dan Klinik akan membutuhkan tenaga dokter umum sesuai dengan jenis pelayanannya.

Distribusi dari keberadaan institusi pelayanan kesehatan yang hanya pada daerah tertentu di Kabupaten Blitar (Kecamatan Wlingi) juga menyebabkan terkonsen-trasinya tenaga dokter umum di daerah tersebut. Hal ini

memperbesar kesenjangan rasio tenaga dokter umum antar kecamatan di Kabupaten Blitar.

d. Geografis & Demografis

Kondisi geografis Kabupaten Blitar yang terdiri dari beberapa pegunungan, meski sebenarnya Kabupaten Blitar terletak di pinggir laut turut mempengaruhi distribusi tenaga dokter umum, terutama dari sektor swasta, yang terkonsentrasi di daerah dataran.

e. Infrastruktur pendukung

Keberadaan infrastruktur pendukung sarana pelayanan kesehatan turut menyumbangkan pengaruh terhadap aksesibilitas penduduk dalam mendapatkan pelayanan. Misalnya adalah keberadaan jalan beraspal dan angkutan umumnya.

f. Program kesehatan yang ditetapkan

Variasi jumlah program kesehatan yang ditetapkan akan memberikan pengaruh yang besar terhadap kebutuhan tenaga dokter umum untuk tercapainya program kesehatan yang ditetapkan tersebut.

4. Faktor dokter umum

a. Produksi tenaga

Produksi tenaga dokter umum dari institusi pendidikan kedokteran umum di tingkat regional

Provinsi Jawa Timur akan berpengaruh terhadap kualitas dan jumlah tenaga dokter umum yang tersedia dan bisa diserap oleh Pemerintah Kabupaten Blitar. Semakin sedikit jumlah produksi tenaga dokter umum, maka semakin sedikit jumlah yang dapat diserap. Realita di lapangan menunjukkan tenaga dokter umum yang diproduksi tidak bisa seratus persen diserap.

b. Kemauan

Faktor lain yang melekat pada tenaga dokter umum yang juga berpengaruh besar selain ketersediaan lulusan adalah kemauan dari tenaga dokter umum itu sendiri.

Seberapapun besar insentif yang diberikan untuk tenaga dokter umum di daerah sulit (terpencil, pegunungan), bila tidak ada kemauan dari dokter umum itu sendiri, mustahil distribusi di daerah tersebut akan tercapai. Hal ini terlihat di beberapa daerah pegunungan yang mempunyai penduduk sedikit, dokter yang bertugas di puskesmas setempat memilih untuk tidak tinggal dan berpraktek di wilayah kerjanya tersebut.

1.3. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah dapat disusun sebagai berikut.

1. Bagaimanakah rumusan isu publik berdasarkan kondisi daerah, *review* kebijakan tentang tenaga dokter umum di tingkat nasional, dan *review* kebijakan tingkat kabupaten?

   Kondisi daerah meliputi karakteristik demografis penduduk, karakteristik geografis-administratif, jumlah sarana pelayanan kesehatan, infrastruktur pendukung dan jumlah kunjungan, serta produksi tenaga dokter umum.

2. Bagaimanakah pilihan alternatif dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum?

   Dasar perhitungan meliputi karakteristik demografis penduduk, karakteristik geografis-administratif, jumlah sarana pelayanan kesehatan, infrastruktur pendukung dan jumlah kunjungan.

3. Bagaimanakah hasil ramalan kebutuhan tenaga dokter umum dan hasil ramalan kemampuan Kabupaten Blitar?

   Kemampuan Kabupaten Blitar meliputi pendapatan daerah, pendapatan perkapita, pertumbuhan ekonomi dan persentase anggaran untuk bidang kesehatan.

4. Bagaimanakah tujuan dan prioritas pemenuhan kebutuhan tenaga dokter berdasarkan penilaian kesesuaian kebutuhan tenaga dokter umum dengan kemampuan Kabupaten Blitar?
5. Bagaimanakah rancangan kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar?

1.4. Tujuan Penelitian

Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah membuat rancangan kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar. Secara khusus tujuan dari penelitian ini sebagai berikut;

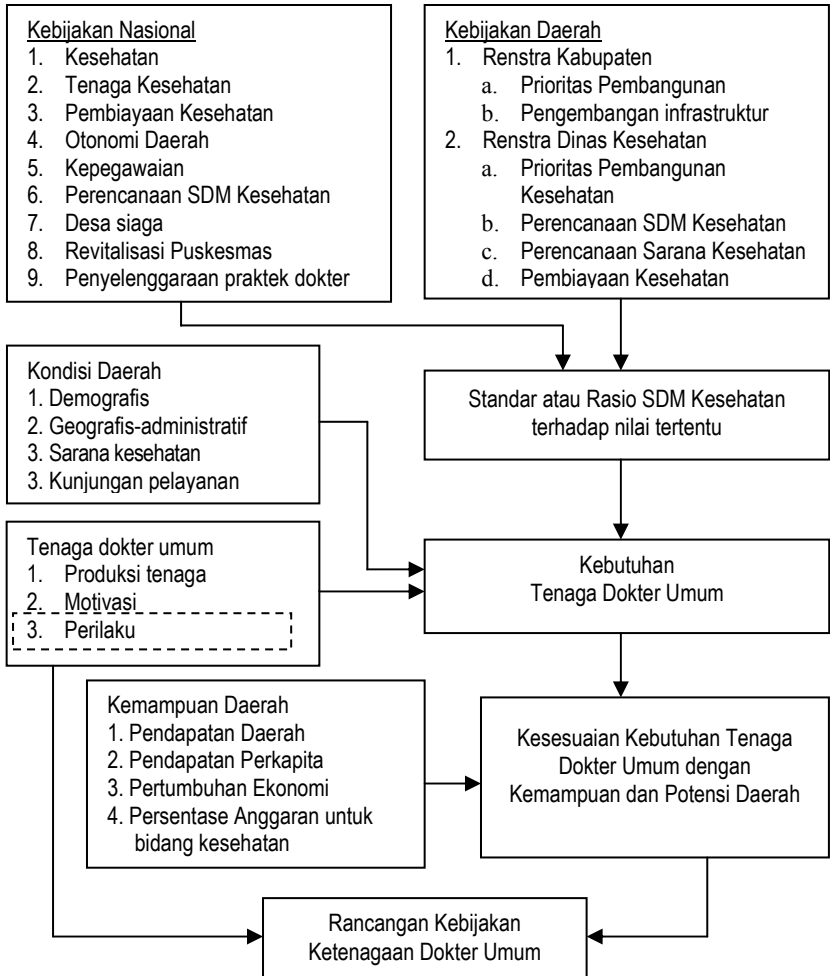
1. Melakukan perumusan isu publik berdasarkan kondisi daerah, *review* kebijakan tentang tenaga dokter umum di tingkat nasional, dan *review* kebijakan tingkat kabupaten.

   Kondisi daerah meliputi karakteristik demografis penduduk, karakteristik geografis-administratif, jumlah sarana pelayanan kesehatan, infrastruktur pendukung dan jumlah kunjungan, serta produksi tenaga dokter umum.
2. Menentukan pemilihan alternatif dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum.

Dasar perhitungan meliputi karakteristik demografis penduduk, karakteristik geografis-administratif, jumlah sarana pelayanan kesehatan, infrastruktur pendukung dan jumlah kunjungan.

3. Melakukan peramalan kebutuhan tenaga dokter umum dan peramalan kemampuan Kabupaten Blitar.

   Kemampuan Kabupaten Blitar dalam hal pendapatan daerah, pendapatan perkapita, pertumbuhan ekonomi dan persentase anggaran untuk bidang kesehatan.
4. Menentukan tujuan dan prioritas berdasarkan penilaian kesesuaian kebutuhan tenaga dokter umum dengan kemampuan Kabupaten Blitar.
5. Menyusun rancangan kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar.

1.5. Kerangka Konsep

Keterangan :

———————— : Diteliti

- - - - - - - - - - - : Tidak diteliti

Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

Pendahuluan

Penelitian rancangan formulasi kebijakan ini dilandasi oleh konsep kesesuaian kemampuan dan potensi daerah dengan kebutuhan tenaga dokter umum. Sedangkan kebutuhan tenaga dokter umum yang merupakan bagian dari kebutuhan SDM kesehatan ditentukan oleh determinan :

1. Kebijakan

   Kebijakan baik di tingkat nasional maupun kabupaten ikut berpengaruh sebagai landasan bagi pengambilan suatu keputusan kebijakan.

2. Standar atau rasio SDM kesehatan terhadap nilai tertentu

   Standar atau rasio SDM kesehatan terhadap nilai tertentu yaitu standar atau rasio SDM kesehatan terhadap jumlah penduduk, jumlah sarana kesehatan dan jumlah kunjungan yang dipengaruhi oleh kebijakan nasional dan juga kebijakan daerah. Standar atau rasio SDM kesehatan terhadap nilai tertentu ini juga akan berpengaruh terhadap penilaian kebutuhan SDM kesehatan.

3. Karakteristik wilayah, yaitu karakteristik wilayah kabupaten yang terdiri atas demografis, geografis, sarana kesehatan, infrastruktur pendukung dan epidemiologi.
4. Penilaian kebutuhan SDM kesehatan.

5. Kemampuan daerah, adalah kemampuan daerah dalam hal pendapatan daerah, pendapatan perkapita, pertumbuhan ekonomi dan persentase anggaran untuk bidang kesehatan.

Bab 2

METODE PENELITIAN

2.1. Rancang Bangun Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analisis kebijakan yang terdiri dari tahap identifikasi isu publik, perumusan isu publik, analisis isu publik, memutuskan alternatif dan kriteria, peramalan dan menentukan tujuan dan prioritas.

Penelitian tesis ini dilaksanakan dengan pendekatan kuantitatif sekaligus kualitatif yang bersifat *snowbowling.* Sehingga ada beberapa hal yang tidak direncanakan yang perlu digali lebih lanjut, yang muncul di hasil penelitian tesis

sebagai akibat adanya fakta baru yang muncul di lapangan pada saat penelitian.

2.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kabupaten Blitar. Waktu penelitian tesis dilaksanakan selama 5 (lima) bulan, mulai bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2008.

2.3. Sumber Informasi

Sumber informasi dalam penelitian ini terdiri dari dua sumber, yaitu dokumen atau data sekunder dan aktor kebijakan.

1. Dokumen atau Data Sekunder

   Dokumen yang akan dijadikan sumber informasi terdiri dari 2 (dua) kategori, yaitu;

   a. Dokumen Kebijakan

      Dilakukan penelusuran dan *review* dokumen kebijakan yang terkait dengan dokter umum, baik di tingkat nasional maupun Kabupaten Blitar.

   b. Dokumen Sasaran

      Dokumen mengenai sasaran yang dijadikan sumber pengambilan kebutusan kebutuhan jumlah dan

distribusi tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar. Dokumen terdiri atas data karakteristik geografis-administratif, jumlah kunjungan, jumlah sarana pelayanan kesehatan, infrastruktur pendukung, dan program kesehatan yang ditetapkan.

Dokumen sasaran lain adalah karakteristik demografis penduduk Kabupaten Blitar sebagai sasaran normatif tenaga dokter umum yang diambil dari dokumen Kabupaten Blitar dalam Angka tahun 2007.

2. Aktor Kebijakan

Aktor kebijakan yang dijadikan sumber informasi adalah aktor pengambil keputusan yang ikut menentukan jumlah dan kebutuhan tenaga dokter umum.

Untuk sumber informasi dari aktor kebijakan ini akan dilakukan di 2 (dua) tingkatan administratif, yaitu;

a. Aktor kebijakan di tingkat propinsi

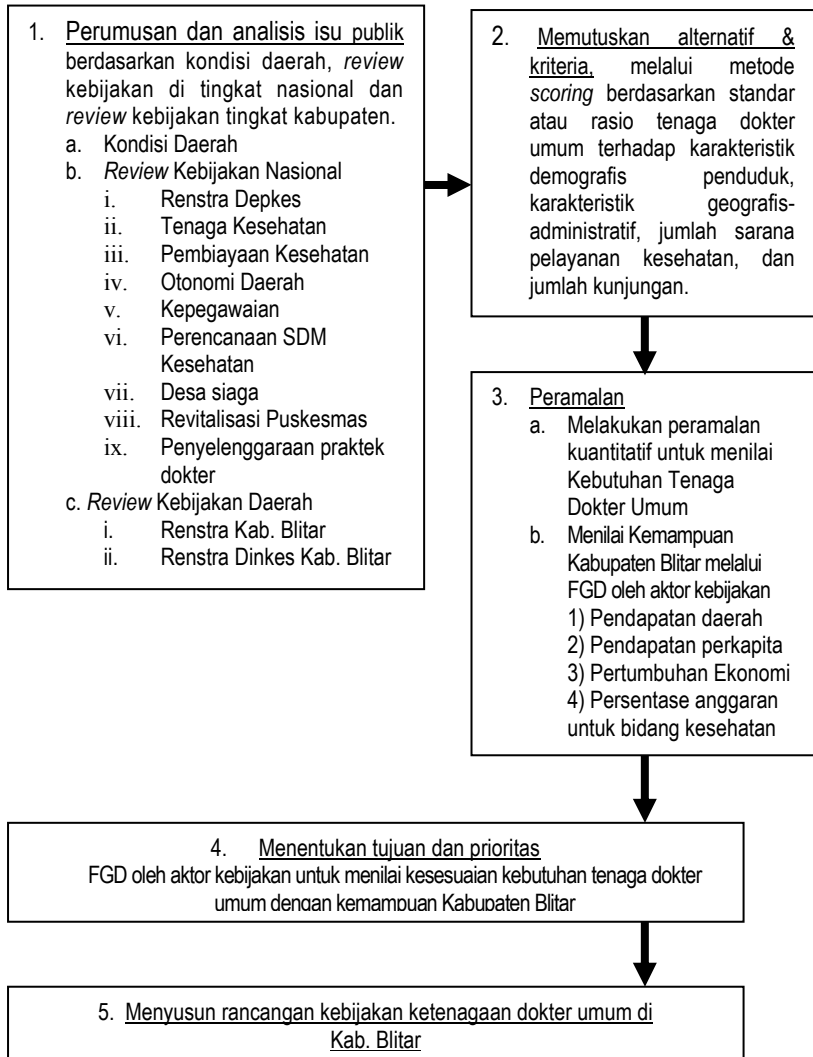
Pengambilan aktor kebijakan di tingkat ini sebagai sumber informasi dengan asumsi sebagai penterjemah kebijakan dan kepanjangan tangan dari pusat. Pada tingkat ini informasi akan diambil dengan cara wawancara mendalam.

b. Aktor kebijakan tingkat kabupaten

Proses pengambilan informasi di tingkat kabupaten, dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan *focus group discussion* terhadap aktor-aktor yang dianggap mewakili institusi pengambil keputusan terhadap tenaga dokter umum.

Institusi tersebut meliputi dewan perwakilan rakyat daerah, dinas kesehatan, badan perencanaan dan pembangunan daerah daerah, badan kepegawaian daerah, dan dinas pendapatan daerah.

Selain itu juga dilakukan wawancara terstruktur terhadap tenaga dokter umum untuk menggali informasi faktor motivator, demotivator keberadaan dokter umum di Kabupaten Blitar serta harapan tenaga dokter umum tersebut.

2.4. Kerangka Operasional

Gambar 5. Bagan Kerangka Operasional Penelitian

Metode Penelitian

Langkah-langkah dalam operasional penelitian ini disesuaikan dengan langkah-langkah dalam formulasi sebuah kebijakan. Langkah pertama adalah perumusan dan analisis isu publik berdasarkan kondisi daerah, *review* kebijakan di tingkat nasional dan *review* kebijakan tingkat kabupaten. Kondisi daerah yang meliputi karakteristik demografis penduduk, karakteristik geografis-administratif, jumlah sarana pelayanan kesehatan, dan jumlah kunjungan, serta ketersediaan lulusan tenaga dokter umum.

Langkah kedua adalah memutuskan alternatif dan kriteria yang dilaksanakan melalui metode *scoring* berdasarkan standar atau rasio tenaga dokter umum terhadap nilai tertentu. Nilai tertentu tersebut adalah karakteristik demografis penduduk, karakteristik geografis-administratif, jumlah sarana pelayanan kesehatan, dan jumlah kunjungan.

Langkah ketiga adalah peramalan, yang terdiri atas kegiatan peramalan kuantitatif dan kualitatif. Peramalan kuantitatif dilaksanakan dengan metode peramalan statistik regresi linier, yang dilakukan untuk menilai kebutuhan tenaga dokter umum.

Peramalan kualitatif dilaksanakan melalui FGD oleh aktor kebijakan untuk menilai kemampuan atau potensi Kabupaten Blitar berdasarkan pendapatan asli daerah, daya beli masyarakat,

pertumbuhan ekonomi, serta persentase anggaran untuk bidang kesehatan. Peramalan akan dilakukan sampai dengan 10 tahun kedepan (tahun 2018).

Langkah keempat adalah menentukan tujuan dan prioritas yang dilaksanakan dengan metode FGD oleh aktor kebijakan untuk menilai kesesuaian kebutuhan tenaga dokter umum dengan kemampuan Kabupaten Blitar. Kemampuan Kabupaten Blitar yang diramalkan meliputi;

1) Pendapatan daerah,
2) Pendapatan perkapita,
3) Pertumbuhan Ekonomi, dan
4) Persentase anggaran untuk bidang kesehatan.

Langkah terakhir adalah menyusun rancangan kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar. Rancangan kebijakan disampaikan setelah dilakukan pembahasan terhadap hasil penelitian yang lain, sehingga rancangan yang disampaikan merupakan hasil akhir dari tesis ini.

2.5. Fokus Penelitian, Variabel dan Definisi Operasional

1. Kebijakan

   Kebijakan adalah pedoman untuk bertindak bagi pemerintah yang meliputi seluruh keputusan politik

yang secara tertulis, berwujud sebagai undang-undang, peraturan-peraturan, dan keputusan-keputusan negara yang menyangkut kehidupan rakyat.

2. Formulasi Kebijakan

   Formulasi kebijakan adalah suatu prfoses dari tahapan siklus kebijakan yang digunakan untuk menghasilkan suatu informasi mengenai ketidaksetujuan atau konflik antar aktor kebijakan mengenai arah tindakan Pemerintah Kabupaten Blitar yang aktual dan potensial tentang ketenagaan dokter umum dan potensi pemecahannya.

   Formulasi kebijakan terdiri atas langkah perumusan & analisis isu publik, memutuskan alternatif & kriteria, peramalan, dan menentukan tujuan & prioritas.

   a. Perumusan & analisis isu publik

      Perumusan & analisis isu publik adalah langkah dalam formulasi kebijakan ketenagaan dokter umum yang merupakan proses perumusan dan analisis kondisi daerah, *review* kebijakan tingkat nasional dan *review* kebijakan tingkat kabupaten.

b. Memutuskan alternatif & kriteria

   Memutuskan alternatif & kriteria adalah langkah dalam formulasi kebijakan ketenagaan dokter umum yang berupa pengambilan keputusan atas beberapa pilihan penilaian kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan karakteristik wilayah.

   Memutuskan alternatif & kriteria dilakukan melalui metode *scoring* berdasarkan standar atau rasio tenaga dokter umum terhadap jumlah penduduk (karakteristik demografis penduduk), jumlah kecamatan (karakteristik geografis-administratif), jumlah puskesmas (jumlah sarana pelayanan kesehatan), dan jumlah kunjungan (beban pelayanan kesehatan).

c. Peramalan

   Peramalan adalah langkah dalam formulasi kebijakan ketenagaan dokter umum yang merumuskan gambaran penilaian kebutuhan tenaga dokter umum yang diambil dan penentuan gambaran kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar.

   Peramalan kuantitatif dilakukan terhadap dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum yang

terpilih dalam tahapanmemutuskan alternatif dan kriteria. Peramalan kuantitatif ini dilakukan untuk menilai kebutuhan tenaga dokter umum.

Peramalan kualitatif dilaksanakan melalui metode FGD oleh aktor kebijakan untuk menilai kemampuan Kabupaten Blitar. Kemampuan yang dinilai berdasarkan pendapatan daerah, pendapatan perkapita, pertumbuhan ekonomi, serta persentase anggaran untuk bidang kesehatan.

d. Menentukan tujuan & prioritas

Menentukan tujuan & prioritas adalah langkah dalam formulasi kebijakan ketenagaan dokter umum yang menilai kesesuaian kebutuhan tenaga dokter umum secara normatif dengan kemampuan Kabupaten Blitar.

Menentukan tujuan & prioritas dilakukan melalui kegiatan FGD oleh aktor kebijakan untuk menilai kesesuaian kebutuhan tenaga dokter umum dengan kemampuan Kabupaten Blitar. Kemampuan Kabupaten Blitar yang meliputi pendapatan daerah, pendapatan perkapita, pertumbuhan ekonomi, dan persentase anggaran untuk bidang kesehatan.

3. *Review* Kebijakan

   Review kebijakan adalah evaluasi terhadap isi, pasal, ayat kebijakan yang berlaku di tingkat nasional dan kabupaten yang terkait dengan masalah jumlah dan distribusi ketenagaan dokter umum.

   a. Kebijakan nasional

      Kebijakan nasional adalah kebijakan di tingkat negara yang berupa undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan menteri kesehatan, keputusan menteri kesehatan, maupun surat edaran terkait dengan masalah jumlah dan distribusi ketenagaan dokter umum.

      Data didapatkan melalui penelusuran dokumen kebijakan dan wawancara mendalam dengan responden aktor kebijakan di tingkat Propinsi.

   b. Kebijakan daerah

      Kebijakan daerah adalah kebijakan di tingkat Kabupaten Blitar yang berupa rencana strategis kabupaten dan rencana strategis dinas kesehatan yang terkait dengan masalah jumlah dan distribusi ketenagaan dokter umum dan sarana kesehatan pengguna dokter umum.

Data didapatkan melalui penelusuran dokumen kebijakan dan wawancara mendalam dengan aktor pembuat kebijakan di tingkat Kabupaten Blitar.

c. Penelusuran dokumen

Penelusuran dokumen adalah penelusuran undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan menteri kesehatan, keputusan menteri kesehatan, surat edaran, renstra kabupaten dan renstra dinas kesehatan Kabupaten Blitar.

4. Karakteristik Tenaga Dokter Umum

Tenaga dokter umum adalah tenaga dokter lulusan sarjana kedokteran yang telah melalui jenjang profesi kedokteran.

a. Karakteristik umum

Jumlah dan distribusi adalah kuantitas dan persebaran tenaga dokter umum di setiap wilayah kecamatan di Kabupaten Blitar. Data didapatkan melalui data sekunder di Dinas Kesehatan, Badan Pusat Statistik, dan organisasi profesi IDI.

b. Faktor Motivator, Demotivator dan Harapan

Faktor motivator adalah pendapat tenaga dokter umum tentang alasan yang membuat tenaga dokter umum tertarik dan mau untuk menetap di

Kabupaten Blitar. Data didapatkan dari hasil wawancara terstruktur dengan kuesioner terhadap responden tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar.

Faktor demotivator adalah pendapat tenaga dokter umum tentang alasan yang membuat tenaga dokter umum tidak tertarik dan tidak mau untuk menetap di Kabupaten Blitar. Data didapatkan dari hasil wawancara terstruktur dengan kuesioner terhadap responden tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar.

Harapan adalah pendapat tenaga dokter umum tentang hal yang harus dilakukan untuk meningkatkan ketertarikan tenaga dokter umum untuk masuk dan menetap di Kabupaten Blitar.

c. Determinan Distribusi Tenaga Dokter Umum

Determinan distribusi tenaga dokter umum adalah faktor yang berpengaruh terhadap distribusi jumlah tenaga dokter per kecamatan di Kabupaten Blitar.

Ada empat faktor yang dilihat korelasinya, yaitu faktor jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah penduduk per kecamatan, luas wilayah per

kecamatan, dan densitas atau kepadatan penduduk per kecamatan.

Data didapatkan dari penelusuran data sekunder Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007. Data diuji dengan uji korelasi. Penentuan jenis uji korelasi dilakukan setelah terlebih dahulu dilakukan uji normalitas terhadap data yang didapat.

5. Karakteristik Wilayah

   Karakteristik wilayah adalah karakteristik Kabupaten Blitar yang berdasarkan karakteristik geografis, karakteristik demografis, jumlah kunjungan, jumlah sarana pelayanan kesehatan, karakteristik infrastruktur pendukung, jumlah kunjungan dan program kesehatan yang ditetapkan.

   a. Karakteristik geografis

      Karakteristik geografis adalah karakteristik topografi Kabupaten Blitar yang berupa pegunungan, dataran, pedesaan dan perkotaan. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di Kabupaten Blitar.

   b. Karakteristik demografi

      Karakteristik demografis adalah karakteristik penduduk Kabupaten Blitar dalam hal jumlah penduduk, densitas dan persebaran penduduk

menurut kecamatan. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di Kabupaten Blitar.

c. Karakteristik infrastruktur pendukung

Adalah karakteristik sarana yang menunjang aksesibilitas sarana kesehatan yang tersedia tenaga dokter umum yang berupa keberadaan fasilitas jalan dan angkutan umum.

i. Fasilitas jalan

Fasilitas jalan adalah persentase dominan fasilitas jalur transportasi menuju sarana pelayanan kesehatan yang tersedia tenaga dokter dalam wilayah satu kecamatan. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di tingkat kabupaten. Dibagi dalam 2 (dua) kategori;

1) Jalan beraspal
2) Jalan makadam atau tanah.

ii. Angkutan umum

Angkutan umum adalah keberadaan kendaraan umum yang tersedia untuk mencapai sarana kesehatan yang tersedia tenaga dokter dalam satu wilayah kecamatan. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di tingkat kabupaten. Dibagi dalam 2 (dua) kategori;

1) Tersedia
2) Tidak tersedia.

d. Jumlah kunjungan

Jumlah kunjungan adalah kuantitas kunjungan rawat jalan di sarana pelayanan kesehatan yang tersedia tenaga dokter umum. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.

e. Jumlah sarana pelayanan kesehatan

Jumlah sarana pelayanan kesehatan adalah kuantitas puskesmas, rumah sakit, rumah bersalin, klinik, dan praktek dokter yang tersedia tenaga dokter umum. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar dan organisasi profesi IDI.

6. Ketersediaan Lulusan Tenaga Dokter Umum

Data jumlah lulusan tenaga dokter umum dari seluruh universitas baik negeri maupun swasta di wilayah regional Propinsi Jawa Timur akan dibagi rata dengan jumlah seluruh kabupaten yang ada. Diasumsikan tenaga dokter umum yang keluar maupun masuk Propinsi Jawa Timur mempunyai jumlah yang sama atau berimbang.

7. Penilaian Kebutuhan Tenaga Dokter Umum

   Penilaian kebutuhan tenaga dokter umum adalah penilaian kesenjangan jumlah maupun distribusi tenaga dokter umum antara yang tersedia dan standar atau rasio tenaga dokter umum secara normatif terhadap nilai tertentu yang diperlukan di Kabupaten Blitar.

   Data didapatkan melalui penilaian berdasarkan kebijakan yang berhubungan di tingkat nasional dan kabupaten, karakteristik demografis penduduk, jumlah kunjungan, jumlah institusi pelayanan kesehatan, karakteristik geografis, infrastruktur pendukung, program kesehatan yang ditetapkan serta produksi tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar.

8. Standar atau rasio tenaga dokter umum terhadap nilai tertentu

   Standar atau rasio tenaga dokter umum terhadap nilai tertentu adalah standar atau rasio jumlah tenaga dokter umum terhadap jumlah penduduk, jumlah sarana kesehatan, jumlah kunjungan, dan program yang ditetapkan.

Data diperoleh melalui *review* kebijakan di tingkat nasional dan kabupaten yang terkait dengan ketenagaan dokter umum. Kebijakan-kebijakan tersebut adalah;

a. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
b. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 1999 tentang Pokok-pokok Kepegawaian
c. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
d. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
e. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi
f. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
g. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2000 tentang Formasi Pegawai Negeri Sipil
h. Peraturan Pemerintah Nomor 9 Tahun 2003 tentang Wewenang Pengangkatan, Pemindahan dan Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil

i. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2005 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil
j. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
k. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2005 Tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil
l. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1199/Menkes/Per/X/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah
m. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1419/Menkes/Per/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi
n. Keputusan Menteri Kesehatan No 1540/Menkes/SK/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain

o. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan

p. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat

q. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit

r. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1274/Menkes/ SK/VIII/2005 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan

s. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

t. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

u. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: /Menkes/SK/II/2006 tentang Visi, Misi dan Strategi Departemen Kesehatan RI.
v. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.
w. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 864/Menkes/E/VI/2005 tentang Kebijakan Pengangkatan Dokter/Dokter Gigi PTT
x. Renstra Kabupaten Blitar
y. Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
z. Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas dan Rumah Sakit yang Ditanggung Pemerintah Kabupaten Blitar

9. Kemampuan Daerah

Kemampuan daerah adalah penilaian responden aktor kebijakan terhadap kemampuan fiskal Kabupaten Blitar dalam hal pendapatan daerah, pendapatan perkapita dan pertumbuhan ekonomi, serta persentase anggaran yang diperuntukkan bagi bidang kesehatan.

Data didapatkan melalui *Focus Group Discussion* yang dilakukan dengan melibatkan aktor kebijakan

yang mewakili institusi yang dianggap mengetahui kemampuan fiskal Kabupaten Blitar.

a. Pendapatan daerah

   Pendapatan daerah adalah penilaian responden aktor kebijakan atas pendapatan Kabupaten Blitar dari pendapatan asli daerah, dana perimbangan dan pendapatan lain yang sah. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di Kabupaten Blitar.

b. Pendapatan perkapita

   Pendapatan perkapita adalah penilaian responden aktor kebijakan atas besarnya pendapatan rata-rata penduduk di Kabupaten Blitar. Pendapatan perkapita didapatkan dari hasil pembagian pendapatan Kabupaten Blitar dengan jumlah penduduk. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di Kabupaten Blitar.

c. Pertumbuhan ekonomi

   Pertumbuhan ekonomi adalah penilaian responden aktor kebijakan atas kenaikan atau penurunan kondisi perekonomian Kabupaten Blitar. Data didapatkan melalui penelusuran data sekunder di Kabupaten Blitar.

10. Kesesuaian Kebutuhan dengan Kemampuan

    Kesesuaian kebutuhan dengan kemampuan adalah penilaian responden aktor kebijakan terhadap kesesuaian jumlah tenaga dokter umum secara normatif dengan pendapatan daerah, pendapatan perkapita, pertumbuhan ekonomi dan persentase anggaran untuk bidang kesehatan di Kabupaten Blitar.

    Data didapatkan melalui *Focus Group Discussion* yang dilakukan oleh aktor yang mewakili institusi yang dianggap mengetahui kemampuan atau potensi Kabupaten Blitar.

11. Bentuk Kebijakan

    Bentuk kebijakan adalah perwujudan legal formal secara hukum dari kebijakan yang akan diusulkan sebagai hasil akhir penelitian ini. Pilihan usulan bentuk kebijakan bisa meliputi peraturan daerah, peraturan bupati dan keputusan bupati.

2.6. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Kuesioner untuk mendapatkan data primer dari aktor kebijakan di tingkat kabupaten, propinsi dan tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar;
2. pedoman FGD, untuk mendapatkan informasi mengenai kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar serta penilaian kebutuhan tenaga dokter umum dengan kesesuaian antara standar atau rasio normatif dengan kemampuan Kabupaten Blitar.

2.7. Prosedur Pengumpulan Data

Untuk prosedur pengumpulan data ada tiga (3) jenis prosedur yang akan dilakukan, yaitu :

1. studi dokumen, dilakukan penelusuran dan *review* dokumen kebijakan di tingkat kabupaten dan tingkat nasional;
2. Metode *scoring,* dilakukan untuk memutuskan alternatif dan kriteria berdasarkan standar atau rasio tenaga dokter umum terhadap karakteristik demografis penduduk, karakteristik geografis, jumlah sarana pelayanan kesehatan, infrastruktur pendukung

dan jumlah kunjungan, serta ketersediaan lulusan tenaga dokter umum;

3. *Focus Group Discussion* (FGD), dilakukan dua kali dengan topik yang berbeda. Pertama, dilakukan untuk mengetahui kemampuan Kabupaten Blitar; kedua, dilakukan untuk mengetahui kesesuaian kebutuhan tenaga dokter umum dengan kemampuan Kabupaten Blitar.

   FGD dilakukan dengan peserta yang dianggap mewakili institusi yang berperan sebagai pengambil kebijakan di tingkat kabupaten. Institusi tersebut adalah:

   a. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Blitar
   b. Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
   c. Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kabupaten Blitar
   d. Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Blitar
   e. Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Blitar.

4. Wawancara mendalam, dilakukan terhadap aktor kebijakan di tingkat kabupaten dan tingkat propinsi.
5. Wawancara terstruktur, dilakukan terhadap tenaga dokter umum di wilayah Kabupaten Blitar

2.8. Teknik Analisis Data

Hasil penelusuran dokumen kebijakan, baik yang tingkat nasional maupun kabupaten, dilakukan *review* oleh peneliti untuk mendapatkan penilaian tentang rasio normatif tenaga dokter umum yang diharapkan. Ada tiga jenis *review* yang dilakukan. *Review* kondisi daerah, *review* kebijakan nasional dan *review* kebijakan daerah.

Mekanisme *review* kondisi daerah dilakukan dengan melihat *trend,* beberapa dilakukan dengan melihat besaran masalah yang dinyatakan oleh responden. Besaran masalah ditentukan berdasarkan kuantitas responden yang menyatakan masalah tersebut.

Mekanisme dalam *review* kebijakan dilakukan dengan mengidentifikasi isi, pasal dan ayat dalam kebijakan yang terkait dengan masalah ketenagaan dokter umum.

Selanjutnya dipetakan standar atau rasio tenaga dokter umum terhadap karakteristik demografis penduduk, jumlah institusi pelayanan kesehatan, karakteristik geografis-administratif, dan jumlah kunjungan.

Data mengenai karakteristik wilayah dan ketersediaan lulusan tenaga dokter akan diolah untuk menilai kebutuhan jumlah dan distribusi tenaga dokter umum yang diperlukan di Kabupaten Blitar berdasarkan standar atau rasio normatif hasil

review kebijakan. Proses pemilihan alternatif yang dijadikan landasan penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum dilakukan dengan metode *scoring* dengan melibatkan aktor pembuat kebijakan di level kabupaten.

Hasil penilaian kebutuhan tersebut dan hasil *focus group discussion* tentang kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar dijadikan sebagai bahan *focus group discussion* untuk menilai kesesuaian penilaian kebutuhan tenaga dokter umum dengan kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar. Berdasarkan seluruh hasil perolehan data dan informasi tersebut disusun rancangan formulasi ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar.

Bab 3

Perumusan dan Analisis Isu Publik

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Blitar dengan sebagian besar subyek aktor pembuat kebijakan. Selain itu juga melibatkan tenaga dokter umum sebagai sasaran kebijakan.

3.1. Kondisi Daerah

Gambaran secara umum kondisi daerah Kabupaten Blitar akan diuraikan menjadi beberapa bagian yang terdiri dari

karakteristik geografis, karakteristik demografis, karakteristik sarana pelayanan kesehatan, karakteristik infrastruktur pendukung, karakteristik dokter umum, serta kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar.

3.1.1. Karakteristik Geografis

Kabupaten Blitar tercatat sebagai salah satu kawasan strategis dan mempunyai perkembangan yang cukup dinamis. Kabupaten Blitar berbatasan dengan tiga kabupaten lain, yaitu sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Malang, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Tulungagung dan Kabupaten Kediri, sedang sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Kediri dan Kabupaten Malang.

Sementara itu sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia yang terkenal dengan kekayaan lautnya. Apabila diukur dari atas permukaan laut, maka Kabupaten Blitar mempunyai ketinggian ± 167 meter dan luas 1.588,79 km².

Di Kabupaten Blitar terdapat Sungai Brantas yang membelah daerah ini menjadi dua bagian, yaitu kawasan Blitar Selatan yang mempunyai luas 689,85 km² dan kawasan Blitar Utara seluas 898,94 km². Blitar Selatan termasuk daerah yang kurang subur. Hal ini disebabkan daerah

tersebut merupakan daerah pegunungan yang berbatu, dimana batuan tersebut cenderung berkapur sehingga mengakibatkan tanah tandus dan susah untuk ditanami.

Sebaliknya kawasan Blitar Utara termasuk daerah surplus karena tanahnya yang subur, sehingga banyak tanaman yang tumbuh dengan baik. Salah satu faktor penting yang mempengaruhi tingkat kesuburan tanah di kawasan Blitar Utara adalah adanya Gunung Kelud yang masih aktif, serta banyaknya aliran sungai yang cukup memadai. Gunung berapi dan sungai yang lebar berfungsi sebagai sarana penyebaran zat-zat hara yang terkandung dalam material hasil letusan gunung berapi.

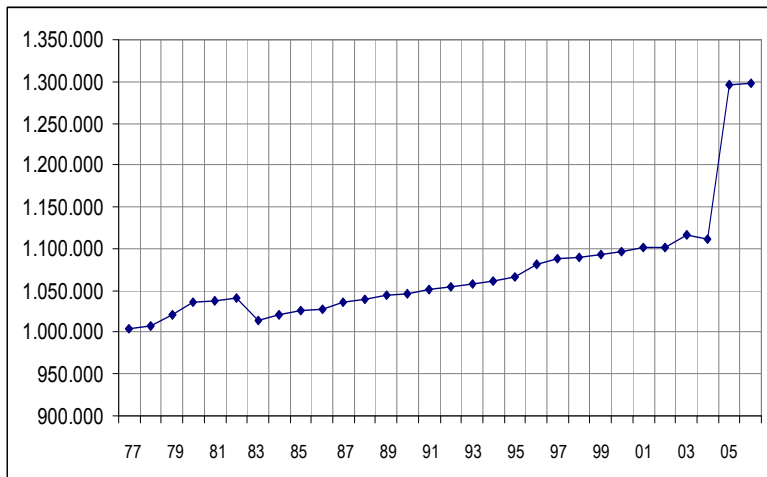
Lokasi Kabupaten Blitar berada di sebelah Selatan Khatulistiwa. Tepatnya terletak antara 111°40^{1}-112°10^{1} Bujur Timur dan 7°58^{1}-8°9^{1}51^{11} Lintang Selatan. Hal ini secara langsung mempengaruhi perubahan iklim. Iklim Kabupaten Blitar termasuk tipe C.3 apabila dilihat dari rata-rata curah hujan dan bulan-bulan tahun kalender selama Tahun 2000. Perubahan iklimnya seperti di daerah-daerah lain mengikuti perubahan putaran dua iklim yaitu musim penghujan dan musim kemarau.

3.1.2. Karakteristik Demografis

Tabel 3. Jumlah Penduduk Riil di Kabupaten Blitar
Tahun 1977-2006

TAHUN	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	JML PENDUDUK
1977	495.153	508.234	1.003.387
1978	497.736	510.177	1.007.913
1979	504.025	517.133	1.021.158
1980	512.706	523.900	1.036.606
1981	513.366	525.062	1.038.428
1982	514.458	526.689	1.041.147
1983	501.623	513.371	1.014.994
1984	504.847	516.228	1.021.075
1985	507.528	518.798	1.026.326
1986	508.018	519.144	1.027.162
1987	512.021	523.367	1.035.388
1988	513.739	525.192	1.038.931
1989	516.380	527.281	1.043.661
1990	518.091	528.816	1.046.907
1991	520.249	530.856	1.051.105
1992	522.452	532.707	1.055.159
1993	524.342	533.894	1.058.236
1994	526.390	535.257	1.061.647
1995	528.825	537.634	1.066.459
1996	536.031	545.590	1.081.621
1997	540.280	547.735	1.088.015
1998	541.880	548.506	1.090.386
1999	543.316	549.487	1.092.803
2000	545.592	551.169	1.096.761
2001	547.848	554.005	1.101.853
2002	548.622	553.607	1.102.229
2003	553.852	562.103	1.115.955
2004	557.736	553.607	1.111.343
2005	657.012	638.589	1.295.601
2006	658.099	639.236	1.297.335

Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka 2007

Meski mempunyai jumlah penduduk yang relatif tidak banyak, tetapi *trend* pertumbuhan penduduk mempunyai kecenderungan pergerakan yang positif dengan jumlah penduduk laki-laki yang sedikit lebih banyak daripada penduduk wanita.

Gambar 6. *Trend* Jumlah Penduduk Riil di Kabupaten Blitar Tahun 1977-2006

(Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007, diolah peneliti)

Berdasarkan gambar 5.1 terjadi *trend* yang tidak normal pada tahun 2004 ke tahun 2005. terjadi peningkatan yang terlalu besar dibandingkan dengan *trend-trend* sebelumnya. Dicurigai adanya kesalahan pencatatan, karena pada tahun tersebut tidak terjadi sesuatu yang luar biasa yang dapat dijadikan alasan terjadinya lonjakan jumlah penduduk ini.

Tabel 4. Densitas Penduduk di Kabupaten Blitar Akhir Tahun 2006

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk Akhir Tahun 2006	Luas (km^2)	Densitas
1	Bakung	29.130	111,24	262
2	Wonotirto	42.395	164,54	258
3	Panggungrejo	45.960	119,04	386
4	Wates	34.540	68,76	502
5	Binangun	48.280	76,79	629
6	Sutojayan	54.169	44,20	1.226
7	Kademangan	77.021	105,28	732
8	Kanigoro	74.054	55,55	1.333
9	Talun	65.514	49,78	1.316
10	Selopuro	47.045	39,29	1.197
11	Kesamben	59.489	56,96	1.044
12	Selorejo	43.042	52,23	824
13	Doko	47.690	70,95	672
14	Wlingi	59.902	66,36	903
15	Gandusari	79.189	88,23	898
16	Garum	82.571	54,56	1.513
17	Nglegok	77.934	92,56	842
18	Sanankulon	59.231	33,33	1.777
19	Ponggok	103.600	103,83	998
20	Srengat	69.490	53,98	1.287
21	Wonodadi	52.749	40,35	1.307
22	Udanawu	44.340	40,98	1.082
Kab. Blitar		1.297.335	1.588,79	817

Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka 2007, diolah peneliti

Terdapat kesenjangan kepadatan yang cukup besar di wilayah Kabupaten Blitar. Kepadatan penduduk terrendah di Kecamatan Wonotirto sebesar 258 jiwa per km^2 dan tertinggi sebesar 1.777 jiwa per km^2 yang dimiliki oleh Kecamatan Sanankulon. Sedang densitas rata-rata untuk Kabupaten Blitar sebesar 817 jiwa per km^2.

3.1.3. Karakteristik Sarana Pelayanan Kesehatan

Tabel 5. Distribusi Sarana Pelayanan Kesehatan Pengguna Dokter Umum Per Kecamatan di Kabupaten Blitar Akhir Tahun 2008

Kecamatan	Jenis Sarana Pelayanan Kesehatan yang Menggunakan Tenaga Dokter Umum	Jumlah Sarana
1. Bakung	Puskesmas Bakung	1
2. Wonotirto	Puskesmas Wonotirto, DPS (1)	2
3. Panggungrejo	Puskesmas Panggungrejo, BP, DPS (1)	3
4. Wates	Puskesmas Wates	1
5. Binangun	Puskesmas Binangun, DPS (2)	3
6. Sutojayan	Puskesmas Sutojayan, RB, DPS (2)	4
7. Kademangan	Puskesmas Kademangan, RB, DPS (4)	6
8. Kanigoro	Puskesmas Kanigoro, RB, DPS (2)	4
9. Talun	Puskesmas Talun, RS An Nisa, DPS (1)	3
10. Selopuro	Puskesmas Selopuro, DPS (1)	2
11. Kesamben	Puskesmas Kesamben, DPS (2)	3
12. Selorejo	Puskesmas Selorejo, DPS (2)	3
13. Doko	Puskesmas Doko, DPS (2)	3
14. Wlingi	Pusk. Wlingi, RS Ngudi Waluyo, RS Asy Syifa, RB, DPS (8)	12

Kecamatan	Jenis Sarana Pelayanan Kesehatan yang Menggunakan Tenaga Dokter Umum	Jumlah Sarana
15. Gandusari	Puskesmas Gandusari, Puskesmas Slumbung, DPS (3)	5
16. Garum	Puskesmas Garum, Poliklinik, DPS (1)	3
17. Nglegok	Puskesmas Nglegok, DPS (3)	4
18. Sanankulon	Puskesmas Sanankulon, DPS (1)	2
19. Ponggok	Puskesmas Ponggok, Puskesmas Bacem, DPS (4)	6
20. Srengat	Puskesmas Srengat, RSI, RS Amanda, DPS (2)	5
21. Wonodadi	Puskesmas Wonodadi, RSI Yashmar, DPS (6)	8
Udanawu	Puskesmas Udanawu, RB	2
Total		87

Sumber : Tabulasi dari data Kab. Blitar dalam Angka Tahun 2007, Dinkes, IDI & Observasi lapangan

Keterangan : DPS (dokter praktek swasta), BP (balai pengobatan), RB (rumah bersalin), RS (rumah sakit), RSI (rumah Sakit Islam)

Pada tabel 5 Distribusi Sarana Pelayanan Kesehatan Per Kecamatan di Kabupaten Blitar Akhir Tahun 2006 terlihat dua dari seluruh kecamatan yang ada, puskesmas merupakan satu-satunya sarana pelayanan kesehatan yang tersedia.

3.1.4. Karakteristik Infrastruktur Pendukung

Infrastruktur pendukung yang berupa akses jalan raya beraspal sampai dengan tahun 2008 sudah mencapai ke

setiap ibu kota kecamatan dan kelurahan atau desa di seluruh Kabupaten Blitar. Satu hal yang masih menjadi kendala adalah akses jalan ke beberapa wilayah kerja yang cukup luas berupa jalan tanah atau jalan makadam ditambah kondisi daratan yang berupa perbukitan. Kondisi ini berlaku terutama untuk daerah Kabupaten Blitar bagian selatan.

Infrastruktur pendukung berupa sarana transportasi sudah mencapai setiap ibu kota kecamatan di seluruh wilayah Kabupaten Blitar. Tetapi terdapat keterbatasan jam operasional pada daerah-daerah tertentu, terutama wilayah Kabupaten Blitar bagian selatan. Hal ini agak menyulitkan akses masyarakat pada sekitar jam 18.00 WIB sampai 06.00 WIB.

Infrastruktur pedukung yang berupa akses telekomunikasi juga sudah mencapai setiap ibu kota kecamatan, baik berupa sambungan tetap (*fixed*) maupun sambungan selular (*mobile*).

3.1.5. Karakteristik Tenaga Dokter Umum

Tenaga dokter umum yang diambil sebagai responden adalah tenaga dokter umum yang berpraktek di wilayah Kabupaten Blitar, baik di sarana pemerintah, swasta maupun praktek mandiri.

Karakteristik dokter umum dibagi menjadi tiga bagian. Pertama adalah karakteristik umum, kedua adalah faktor motivator dan demotivator keberadaan tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar serta harapan tenaga dokter tersebut. Terakhir adalah faktor determinan yang berpengaruh terhadap keberadaan tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar dari sisi kuantitas dan persebarannya.

1) <u>Karakteristik Umum</u>

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Tenaga Dokter Umum di Kabupaten Blitar Tahun 2008.

Kriteria	Frekuensi	Persentase
1. Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	13	54,2%
b. Perempuan	11	45,8%
2. Daerah asal		
a. Dari Kabupaten atau Kota Blitar	17	70,8%
b. Dari kabupaten atau kota lain di Jawa Timur	7	29,2%
c. Dari kabupaten atau kota lain di luar Jawa Timur	0	0%
3. Masa Kerja di Kabupaten Blitar		
a. < 1 tahun	2	8,3%
b. 1 – < 3 tahun	13	54,2%
c. 3 – < 7 tahun	3	12,5%
d. > 7 tahun	6	25%

Sumber : Data primer

Tenaga dokter umum yang ada di Kabupaten Blitar mempunyai karakteristik jenis kelamin yang hampir berimbang antara laki-laki dan perempuan. Bila dilihat berdasarkan daerah

asal tenaga dokter umum didominasi tenaga dokter yang berasal dari wilayah Blitar sendiri, sisanya berasal dari kota atau kabupaten lain di Jawa Timur.

Ketika ditanyakan lebih lanjut asal kota tersebut, ternyata semua berasal dari Kota atau Kabupaten Malang yang letaknya bersebelahan dengan Kabupaten Blitar. Sedang tenaga dokter yang berasal dari lain propinsi tidak ada sama sekali.

Karakteristik tenaga dokter berdasarkan masa kerja didominasi tenaga dokter umum dengan masa kerja 1-3 tahun. Hanya ada 1 tenaga dokter yang mendekati masa purna tugas.

2) Faktor Motivator, Demotivator dan Harapan

Faktor yang bisa menjadi motivator dan yang bisa menjadi demotivator yang didapatkan merupakan data olahan dari hasil wawancara terhadap 24 tenaga dokter umum yang berhasil diwawancarai yang tersebar di wilayah Kabupaten Blitar. Faktor yang motivator tenaga dokter umum terpapar dalam tabel 7 berikut;

Tabel 7. Faktor Motivator Tenaga Dokter Umum di Kabupaten Blitar Tahun 2008

FAKTOR MOTIVATOR	N
1. Putra daerah asli Blitar, mau mengabdi di daerah asal	6
2. Dekat dengan tempat tinggal	4
3. Dekat dengan keluarga	4
4. Karakter dan budaya masyarakat mendukung atau kondusif	4
5. Biaya hidup murah	4
6. Geografis dan iklim nyaman, bebas polusi	3
7. Kondisinya tenang	3
8. Faktor pendidikan masyarakat yang cukup, walaupun ada di daerah perifer tetapi interaksi dengan masyarakat bisa terjalin baik	2
9. Kultur tidak jauh berbeda dengan daerah asal (Kabupaten atau Kota Malang)	2
10. Pemda mendukung program-program kesehatan	1
11. Rasio jumlah penduduk dengan jumlah dokter kurang	1
12. Kondisi yang cukup maju	1
13. Potensi masyarakat yang kooperatif	1
14. Tenaga dokter umum sangat diperlukan	1
15. Blitar adalah daerah terbuka (tidak terpencil) yang mudah dijangkau berbagai transportasi	1

Sumber : Data primer dari responden tenaga dokter umum di Kabupaten
Blitar

Faktor motivator paling dominan adalah upaya mengabdi ke daerah asal, hal ini karena memang tenaga dokter umum paling dominan adalah putra daerah. Selain itu alasan dominan lainnya adalah dekat dengan tempat tinggal dan keluarga, serta Karakter dan budaya masyarakat mendukung atau kondusif dan biaya hidup murah.

Tabel 8. Faktor Demotivator Tenaga Dokter Umum di Kabupaten Blitar Tahun 2008

FAKTOR DEMOTIVATOR	N
1. Kotanya kurang 'HIDUP', fasilitas pendidikan dan hiburan kurang	6
2. Kota atau kabupaten kecil	4
3. Faktor kesejahteraan minim, *reward* atau insentif kurang	4
4. Medan kerja luas dan sulit dijangkau, ada beberapa kecamatan yang lumayan terpencil	4
5. Pendapatan per kapita penduduk masih kurang, kemampuan atau daya beli masyarakat masih rendah	3
6. Seringnya rotasi dokter tanpa mempertimbangkan faktor domisili, kondisi dan lain-lain	3
7. Sistem kerja kurang sitematis	2
8. Bukan kawasan perindustrian atau perdagangan	2
9. Dinkes kurang bagus & kurang transparan dalam pengelolaan program & manajemen kepegawaian puskesmas	2
10. Kurangnya perhatian Pemda terhadap jenjang karir dokter umum	2
11. Arus ekonomi kurang bagus dibanding kota lain	2
12. Kondisi kinerja yang kurang maksimal	1
13. Faktor sosial ekonomi banyak menengah ke bawah sehingga jika perlu terapi obat dengan harga mahal banyak hambatan	1
14. Dukungan lintas sektor kurang	1
15. Kepala puskesmas merangkap tenaga fungsional	1
16. Fasilitas terbatas	1
17. Beberapa kecamatan transportasinya masih sulit	1
18. Penyebaran penduduk yang tidak merata	1
19. Faktor budaya masyarakat yang masih kolot	1
20. Kultur masyarakat kurang antusias terhadap keberadaan dokter	1
21. Bidan dan perawat (paramedis) yang masih mendapat kepercayaan dari masyarakat	1
22. Faktor persaingan yang ketat	1
23. Praktek kurang berjalan	1
24. Jauh dari pusat pendidikan kedokteran	1

Sumber : Data primer dari responden tenaga dokter umum di Kab. Blitar

Sedang faktor demotivator didominasi oleh alasan Kabupaten Blitar kotanya kurang ’HIDUP’, fasilitas pendidikan dan hiburan kurang. Selain itu faktor lainnya adalah Kabupaten Blitar merupakan kabupaten kecil, faktor kesejahteraan minim, *reward* atau insentif kurang serta medan kerja luas dan sulit dijangkau.

Berdasarkan data tentang motivator dan demotivator pada tabel 7 dan 8 di atas dapat disimpulkan bahwa faktor demotivator lebih dominan (23 kriteria) daripada faktor motivator (14 kriteria). Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa Kabupaten Blitar bukanlah daerah yang dapat memotivasi tenaga dokter umum untuk masuk dan menetap di wilayah tersebut.

Faktor yang menjadi harapan tenaga dokter umum sejalan dengan faktor motivator yang terangkum dalam tabel 9 berikut;

Tabel 9. Harapan Tenaga Dokter Umum di Kabupaten Blitar Tahun 2008

Harapan Tenaga Dokter	N
Perbaikan Sistem	**10**
1. Rotasi benar-benar dipertimbangkan disesuaikan dengan domisili, kondisi dan kemampuan	2
2. Puskesmas dan balai pengobatan perlu perbaikan dalam menjalankan peranannya agar terjadi interaksi yang baik dengan masyarakat	2
3. Posisi yang jelas antara tenaga fungsional atau struktural	1
4. Sistem remunerasi yang memadai	1
5. Dipermudah untuk pengurusan dokter PTT atau honorer	1
6. Merancang konsep rotasi atau *rolling* dokter yang mengutamakan kenyamanan dokter dalam bekerja	1
7. Sosialisasi di internet bahwa Kabupaten Blitar butuh dokter	1
8. Manajemen tenaga yang lebih transparan	1
Tambahan Insentif	**9**
9. Peningkatan kesejahteraan tenaga dokter	5
10. Diberikan mobil dinas	1
11. Memberikan insentif dan sarana prasarana sebagai penunjang	1
12. *Reward system* bagi yang berprestasi	1
13. Pemberian insentif diluar gaji bagi dokter yang bersedia di tugaskan di daerah terpencil	1
Pengembangan Karier	**8**
14. Kesempatan yang luas untuk mengembangkan diri, misalnya untuk meneruskan studi tidak dipersulit	4
15. Punya kesempatan meningkatkan karier	1
16. Kemudahan kenaikan penunjang karier	1
17. Kejelasan dan kepastian jenjang karir dokter	1
18. Meningkatkan kegiatan ilmiah	1

Harapan Tenaga Dokter	N
Penegakkan Hukum	**7**
19. UU Praktik Kedokteran ditegakkan	2
20. Perlindungan hukum dan rasa aman dalam bekerja	1
21. Penertiban ijin praktek dokter dan paramedis	1
22. Konsistensi di pihak hukum untuk menertibkan ijin praktek dan praktek ilegal	1
23. Penertiban dari Dinkes dan ketegasan dari organisasi profesi (IDI)	1
24. IDI diaktifkan untuk menampung keluhan teman-teman seprofesi	1
Perbaikan Infrastruktur	**4**
25. Perbaikan infrastruktur	1
26. Fasilitas hiburan untk menghilangkan *stress* perlu diadakan	1
27. Pembangunan fasilitas di segala bidang secara menyeluruh dan merata	1
28. Mobilisasi transportasi yang mudah	1

Sumber : Data primer dari responden tenaga dokter umum di Kabupaten
Blitar

Ada 28 jenis harapan tenaga dokter umum yang dikelompokkan menjadi lima kategori. Urutan harapan sesuai kategori disesuaikan dengan banyaknya tenaga dokter yang menyampaikan harapan tersebut.

Pertama adalah masalah perbaikan sistem, tambahan insentif, kemudian pengembangan karier, upaya penegakan hukum dan terakhir perbaikan infrastruktur.

3) <u>Determinan Distribusi Tenaga Dokter Umum</u>

Pada bahasan ini dicari faktor determinan atau faktor paling berpengaruh terhadap distribusi jumlah tenaga dokter per kecamatan di Kabupaten Blitar. Ada empat faktor yang diuji korelasinya, yaitu faktor jumlah penduduk per kecamatan, luas wilayah per kecamatan, densitas atau kepadatan penduduk per kecamatan, dan jumlah sarana pelayanan kesehatan.

Uji korelasi menggunakan uji statistika Rho Spearman karena meskipun data yang tersedia merupakan data kuantitatif dengan skala rasio, tetapi dengan N yang berjumlah 22 kecamatan, data mempunyai distribusi yang tidak normal (uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov Smirnov).

Tabel 10. Hasil Uji Statistika Rho Spearman Determinan Distribusi Jumlah Tenaga Dokter Per Kecamatan di Kabupaten Blitar Tahun 2008.

		Jumlah Penduduk	Luas Wilayah Kecamatan	Kepadatan Penduduk	Jumlah Sarana Yankes
Distribusi dan Jumlah Dokter	Koefisien Korelasi	0,605(**)	-0,184	0,489(*)	0,809(**)
	Sig. (1-arah)	0,001	0,206	0,010	0,000
	N	22	22	22	22

Keterangan : ** Korelasi signifikan pada level 0.01 (1-arah).
* Korelasi signifikan pada level 0.05 (1-arah).

Hasil uji statistika Rho Spearman menyatakan tiga dari empat faktor yang diuji mempunyai hubungan positif yang

signifikan terhadap distribusi jumlah tenaga dokter umum per kecamatan di Kabupaten Blitar. Tiga variabel tersebut adalah;

1) jumlah penduduk,
2) kepadatan penduduk, dan
3) jumlah sarana pelayanan kesehatan.

3.1.6. Produksi Tenaga Dokter Umum

Tabel 11. Produksi Tenaga Dokter Umum di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008

No.	Perguruan Tinggi yang Tersedia Fakultas Kedokteran	Lokasi	Status	Jumlah Lulusan
1.	Universitas Airlangga	Surabaya	Negeri	200
2.	Universitas Hangtuah	Surabaya	Swasta	75
3.	Universitas Wijaya Kusuma	Surabaya	Swasta	200
4.	Universitas Brawijaya	Malang	Negeri	245
5.	Universitas Negeri Jember	Jember	Negeri	50
6.	Universitas Islam Malang	Malang	Swasta	60
7.	Universitas Muhammadiyah Malang	Malang	Swasta	100
Total Provinsi Jawa Timur				930

Sumber : Data primer dari setiap universitas yang memproduksi tenaga dokter umum

Dari tabel 11 terlihat bahwa jumlah lulusan tenaga dokter umum yang dihasilkan oleh perguruan tinggi di Provinsi Jawa Timur, baik dari perguruan tinggi negeri maupun swasta, yang tersedia setiap tahun lebih kurang sebesar 930 dokter.

Dalam perhitungan produksi tenaga dokter umum tidak ada satupun data sekunder yang tersedia dan bisa dipakai dalam penelitian ini, untuk itu perlu diasumsikan bahwa;

1) jumlah lulusan tenaga dokter umum yang keluar dari Provinsi Jawa Timur sama dengan yang masuk,
2) jumlah lulusan yang tersedia terdistribusi secara merata ke setiap kabupaten,
3) jumlah kabupaten di provinsi Jawa Timur sebanyak 38 kabupaten.

Berdasarkan asumsi tersebut maka setiap kabupaten di Provinsi Jawa Timur, termasuk Kabupaten Blitar, setiap tahunnya rata-rata berpeluang menyerap tenaga dokter umum sebesar 24-25 orang.

3.1.7. Kemampuan Kabupaten Blitar

Kemampuan Kabupaten Blitar adalah kemampuan fiskal Kabupaten Blitar dalam hal pendapatan daerah, pendapatan perkapita dan pertumbuhan ekonomi, serta persentase anggaran yang diperuntukkan bagi bidang kesehatan.

3.1.8. Pendapatan Daerah

Data pendapatan daerah yang didapatkan merupakan data kabupaten Blitar tahun 2005 yang tercantum dalam dokumen resmi Profil Kabupaten Blitar Tahun 2007. Tidak terdapat data resmi terbaru lain yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kabupaten Blitar.

Tabel 12. Pendapatan Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2005

URAIAN		ANGGARAN	REALISASI
A.	Pendapatan Asli Daerah	25.598.139.360,00	28.182.131.520,68
1.	Pajak Daerah	7.153.500.000,00	8.106.170.345,00
2.	Retribusi Daerah	13.848.546.000,00	16.234.106.596,00
3.	Bagian Laba Usaha Daerah	531.920.445,00	541.002.674,86
4.	Lain-lain PAD yang sah	2.064.171.915,00	3.300.851.904,82
B.	Dana Perimbangan	383.654.103.088,00	391.492.039.626,00
1.	Bagi Hasil Pajak	17.200.103.088,00	21.319.414.674,00
2.	Bagi Hasil Bukan Pajak	12.310.000.000,00	12.310.000.000,00
3.	Dana Alokasi Umum	335.944.000.000,00	335.944.000.000,00
4.	Dana Alokasi Khusus	18.200.000.000,00	21.918.624.952,00
C.	Lain-lain Pendapatan yang sah	18.429.560.000,00	18.497.121.023,00
Jumlah Pendapatan		425.681.802.448,00	438.171.292.169,68
Terjadi peningkatan realisasi pendapatan dibandingkan dengan anggaran yang dipatok pada tahun 2005, sebesar 102,9%. Anggaran pendapatan di Kabupaten Blitar pada tahun 2005 ini meningkat sebesar 7,08% dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Sedang anggaran pedapatan asli daerah (PAD) meningkat sebesar 14,14% dari tahun sebelumnya.			

Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007

Pada tahin 2005 realisasi pendapatan daerah yang berasal dari pendapatan asli daerah hanya mencapai 6,43%. Data pendapatan daerah tahun 2006 yang sudah berjalan seharusnya sudah bisa dirilis pada tahun 2007, tetapi belum bisa dirilis karena pemerintah Kabupaten Blitar belum melakukan Penyesuaian Anggaran Kabupaten (PAK).

3.1.9. Produk Domestik Regional Bruto

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) adalah total nilai produksi barang dan jasa yang diproduksi dalam wilayah tertentu dan dalam waktu tertentu (biasanya dihitung dalam jangka waktu satu tahun). Dalam penghitungannya nilai PDRB didasarkan atas harga berlaku dan atas dasar harga konstan (harga pada tahun tertentu).

Pada tabel 13 menampilkan tahun dasar 2000. PDRB disajikan menurut sektor ekonomi yang dibagi menjadi sembilan sektor (BPS Kabupaten Blitar, 2008).

Tabel 13. Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Blitar Atas Dasar Harga Berlaku Tahun 2002-2006

No	Sektor	PDRB atas dasar harga berlaku (dalam juta)				
		2002	2003	2004	2005	2006
1	Pertanian	2,214,807.97	2,472,027.00	2,778,025.26	3,097,563.18	3,520,781.46
2	Pertambangan & Penggalian	113,668.42	125,973.63	140,111.24	164,147.83	190,453.16
3	Industri Pengolahan	118,247.12	125,377.50	140,611.26	162,121.55	187,962.26
4	Listrik, Gas dan Air Bersih	34,782.29	43,674.71	54,533.20	64,679.86	75,342.27
5	Bangunan	85,205.00	100,241.18	119,287.00	140,337.65	160,239.73
6	Perdagangan, Hotel & Restoran	1,127,655.65	1,295,911.62	1,515,786.41	1,818,999.39	2,083,348.67
7	Angkutan & Komunikasi	96,185.70	107,594.29	124,210.95	148,544.46	174,279.43
8	Keuangan, Persewaan & Jasa Perusahaan	221,033.11	241,947.08	259,773.61	292,858.91	336,203.93
9	Jasa-jasa	437,622.08	491,204.32	556,637.71	648,059.95	758,892.39
Total		4,449,207.34	5,003,951.33	5,688,976.64	6,537,312.78	7,487,503.30

Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007

Tabel 14. Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Blitar Atas Dasar Harga Konstan Tahun 2002-2006

No	Sektor	PDRB atas dasar harga konstan (dalam juta)				
		2002	2003	2004	2005	2006
1	Pertanian	1,916,243.07	2,018,211.51	209,233.31	2,195,052.28	2,298,847.92
2	Pertambangan & Penggalian	89,629.50	91,498.24	98,875.23	108,276.94	114,445.52
3	Industri Pengolahan	111,647.41	114,579.16	122,967.76	134,605.77	142,208.57
4	Listrik, Gas dan Air Bersih	24,241.63	25,975.79	29,316.80	32,147.65	34,399.23
5	Bangunan	67,544.25	71,988.66	78,114.89	81,177.00	85,699.66
6	Perdagangan, Hotel & Restoran	900,455.58	937,464.46	987,169.63	1,042,574.85	1,093,710.06
7	Angkutan & Komunikasi	72,924.19	76,617.53	82,128.26	84,994.07	90,714.01
8	Keuangan, Persewaan & Jasa Perusahaan	210,069.11	222,945.27	230,244.68	239,258.41	251,628.80
9	Jasa-jasa	379,182.08	388,019.42	402,736.76	420,442.40	446,968.18
Total		3,771,936.82	3,947,300.04	2,240,787.32	4,338,529.37	4,558,621.95

Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007

Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Blitar tahun 2006 untuk atas dasar harga konstan maupun harga berlaku mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya. Hal ini menandakan bahwa aktivitas perekonomian Kabupaten Blitar dari tahun ke tahun menggembirakan setelah badai krisis tahun 1997-1998.

Produk Domestik Regional Bruto per kapita atau lebih dikenal sebagai pendapatan per kapita merupakan sebuah indikator yang sangat dikenal oleh para birokrat, pengambil kebijakan serta yang berkecimpung dalam penanganan peningkatan kesejahteraan rakyat.

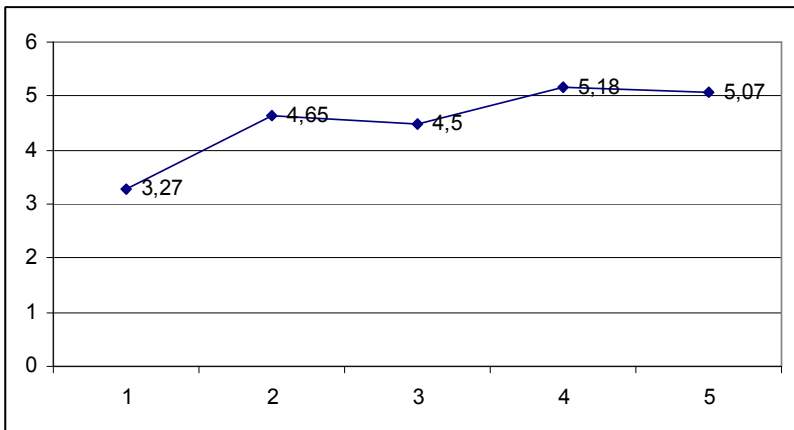
Besarnya Produk Domestik Regional Bruto per kapita merupakan salah satu indikator yang biasa digunakan untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk.

Tabel 15. Produk Domestik Regional Bruto Perkapita Kabupaten Blitar Tahun 2002-2006

TAHUN	Pendapatan Perkapita Atas Dasar Harga Berlaku	Pendapatan Perkapita Atas Dasar Harga Konstan
2002	4.023.148,-	3.410.733,-
2003	4.505.118,-	3.553.802,-
2004	5.071.673,-	3.677.212,-
2005	5.778.983,-	3.835.257,-
2006	6.563.621,-	3.995.842,-

Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007

Produk Domestik Regional Bruto perkapita di Kabupaten Blitar, baik berdasarkan atas dasar harga berlaku maupun berdasarkan atas dasar harga konstan menunjukan trend yang selalu meningkat dari tahun ke tahun.

3.1.10. Pertumbuhan Ekonomi

Gambar 7. *Trend* Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten Blitar tahun 2002-2006

(Sumber : Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007, diolah peneliti)

Seiring dengan Produk Domestik Regional Bruto per kapita, pertumbuhan ekonomi di Kabupaten Blitar pada tahun 2002 sampai dengan tahun 2006 juga menunjukan trend yang mempunyai kecenderungan meningkat.

3.1.11. Persentase Anggaran untuk Bidang Kesehatan

Persentase pendapatan daerah yang dipergunakan untuk bidang kesehatan pada tahun 2007 hanya mencapai 4,13% atau Rp. 32.680.526.475,- dari total APBD sebesar Rp. 790.713.902.544,60. Sedang pada tahun 2008 direncanakan sebesar Rp. 66.463.210.794,- atau 7,18% dari total APBD sebesar Rp. 925.844.598.916,-.

Rencana kenaikan persentase anggaran untuk bidang kesehatan terhadap APBD tahun 2008 dibanding tahun 2007 sebesar 3,05%. Sedang persentase nilai absolutnya sebesar 203,37%.

Meski terjadi kenaikan yang cukup signifikan, rencana realisasi persentase anggaran untuk bidang kesehatan tersebut masih dibawah persentase yang disepakati bupati dan walikota seluruh Indonesia dengan Menteri Kesehatan sebesar 15% dari APBD.

3.1.12. Isu Kebijakan Terkait Kondisi Daerah

Berdasarkan hasil penelitian tentang kondisi daerah Kabupaten Blitar dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa isu kebijakan terkait kondisi daerah adalah;

1. Variasi densitas penduduk antar kecamatan sangat besar, antara 258/km^2 sampai dengan 1.777/ km^2.
2. Keberadaan tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar didominasi putra daerah.
3. Persebaran tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar tidak merata.
4. Faktor determinan jumlah dan distribusi tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar adalah jumlah penduduk, kepadatan penduduk, dan jumlah sarana pelayanan kesehatan.

3.2. Kebijakan Nasional Terkait SDM Kesehatan

Kebijakan nasional adalah kebijakan dari pemerintah pusat yang berlaku secara nasional dan mengikat sampai ke tingkat kabupaten.

3.2.1. Kebijakan Nasional dan Pasal atau Ayat Terkait Dokter Umum

Tabel 16. Kebijakan Nasional dan Pasal atau Ayat Terkait Dokter Umum

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
1	UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan Bab VI. Sumber Daya Kesehatan Pasal 49 Sumber daya kesehatan merupakan semua perangkat keras dan perangkat lunak yang diperlukan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan, meliputi : a. tenaga kesehatan b. sarana kesehatan c. perbekalan kesehatan d. pembiayaan kesehatan e. pengelolaan kesehatan f. penelitian dan pengembangan kesehatan Pasal 50 (1) Tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Pasal 51 (1) Pengadaan tenaga kesehatan untuk memenuhi kebutuhan diselenggarakan antara lain melalui pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan oleh Pemerintah dan atau masyarakat. Pasal 52 (1) Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan
2	UU Nomor 43 Tahun 1999 tentang Pokok-pokok Kepegawaian Bab III Manajemen Pegawai Negeri Sipil Bagian Kedua; Kebijaksanaan Manajemen Pasal 25 (1) Pengangkatan, pemindahan, dan pemberhentian Pegawai Negeri Sipil dilakukan oleh Presiden. (2) Untuk memperlancar pelaksnaan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Presiden dapat mendelegasikan sebagian wewenangnya kepada pejabat pembina kepegawaian pusat dan menyerahkan sebagian wewenangnya kepada pejabat pembina kepegawaian daerah yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.
3	UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Bab VI Registrasi Dokter dan Dokter Gigi Pasal 29 (1) Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi. Bab VII Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Bagian Kesatu Surat Izin Praktik

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Pasal 36 Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat izin praktik. Pasal 37 (1) Surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran atau kedokteran gigi dilaksanakan. (2) Surat izin praktik dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) tempat. (3) Satu surat izin praktik hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.
4	UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Bab I Ketentuan Umum Pasal 2 (1) Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah-daerah provinsi dan daerah provinsi itu dibagi atas kabupaten dan kota yang masing-masing mempunyai pemerintahan daerah. (2) Pemerintahan daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan. (3) Pemerintahan daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang menjadi urusan Pemerintah, dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat, pelayanan umum, dan daya saing daerah.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Bab III Pembagian Urusan Pemerintahan Pasal 13 (1) Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi merupakan urusan dalam skala provinsi yang meliputi: e. penanganan bidang kesehatan; Pasal 14 (1) Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah untuk kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota meliputi: d. penyediaan sarana dan prasarana umum; e. penanganan bidang kesehatan; o. penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya;
5	Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi BAB III MASA BAKTI Pasal 4 Dokter dan dokter gigi wajib melaksanakan masa bakti sekurang-kurangnya dalam waktu sebagaimana yang diatur dalam peraturan perundang-undangan dan selama-lamanya 5 (lima) tahun. BAB IV IZIN PRAKTEK Pasal 13 Dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktek wajib memiliki Surat Izin Praktek.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
6	Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan BAB III PERSYARATAN Pasal 3 Tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan. Pasal 4 Tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah tenaga kesehatan yang bersangkutan memiliki ijin dari menteri. BAB IV PERENCANAAN, PENGADAAN DAN PENEMPATAN Pasal 6 (1) Pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat. (2) Pengadaan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan nasional tenaga kesehatan. Pasal 7 Pengadaan tenaga kesehatan dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan Pasal 15 (1) Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, Pemerintah dapat mewajibkan tenaga kesehatan untuk ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu. (2) Penempatan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilakukan dengan cara masa bhakti.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Pasal 17 Penempatan tenaga kesehatan dengan cara masa bhakti dilaksanakan dengan memperhatikan : a. kondisi wilayah dimana tenaga kesehatan yang bersangkutan ditempatkan; b. lamanya penempatan; c. jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat; d. prioritas sarana kesehatan. (1) Kewenangan Propinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dikelompokkan dalam bidang sebagai berikut: 10. Bidang Kesehatan Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar Kabupaten/Kota serta penyelenggaraan pendidikan tenaga dan pelatihan kesehatan.
7	Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2000 tentang Formasi Pegawai Negeri Sipil Pasal 3 (2) Formasi Pegawai Negeri Sipil Daerah untuk masing-masing satuan organisasi Pemerintah Daerah setiap tahun anggaran ditetapkan oleh Kepala Daerah.
8	Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2003 tentang Wewenang Pengangkatan, Pemindahan dan Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil Bab II Pengangkatan Calon Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Negeri Sipil

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Pasal 3 (1) Pejabat Pembina Kepegawaian Daerah Propinsi atau Kabupaten/kota menetapkan; a. Pengangkatan Calon Pegawai Negeri Sipil Daerah di lingkungannya b. Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil Daerah bagi Calon Pegawai Negeri Sipil Daerah di lingkungannya, kecuali yang tewas atau cacat karena dinas. Bab IV Pengangkatan, Pemindahan, dan Pemberhentian dalam dan dari jabatan Pasal 14 (1) Pejabat Pembina Kepegawaian Daerah kabupaten/kota menetapkan; d. Pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian Pegawai Negeri Sipil dalam dan dari jabatan struktural eselon III ke bawah dan jabatan fungsional yang jenjangnya setingkat dengan jabatan struktural eselon II ke bawah di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
9	Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2005 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil Pasal 2 Pengangkatan tenaga honorer menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil berdasarkan Peraturan Pemerintah ini, dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan tenaga tertentu pada instansi pemerintah. Pasal 3 (1) Pengangkatan tenaga honorer menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil diprioritaskan bagi yang melaksanakan tugas sebagai : a. Tenaga guru; b. Tenaga kesehatan pada unit pelayanan kesehatan;

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	c. Tenaga penyuluh di bidang pertanian, perikanan peternakan; dan d. Tenaga teknis lainnya yang sangat dibutuhkan pemerintah. (2) Pengangkatan tenaga honorer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada usia dan masa kerja sebagai berikut : a. Tenaga honorer yang berusia paling tinggi 46 (empat puluh enam) tahun dan mempunyai masa kerja 20 (dua puluh) tahun atau lebih secara terus menerus. b. Tenaga honorer yang berusia paling tinggi 46 (empat puluh enam) tahun dan mempunyai masa kerja 10 (sepuluh) tahun atau lebih sampai dengan kurang dari 20 (dua puluh) tahun secara terus menerus. c. Tenaga honorer yang berusia paling tinggi 40 (empat puluh) tahun dan mempunyai masa kerja 5 (lima) tahun atau lebih sampai dengan kurang dari 10 (sepuluh) tahun secara terus menerus. d. Tenaga honorer yang berusia paling tinggi 35 (tiga puluh lima) tahun dan mempunyai masa kerja 1 (satu) tahun atau lebih sampai dengan kurang dari 5 (lima) tahun secara terus menerus. Pasal 5 (1) Tenaga dokter yang telah selesai atau sedang melaksanakan tugas sebagai Pegawai Tidak Tetap atau sebagai tenaga honorer pada unit pelayanan kesehatan milik pemerintah, dapat diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil setelah melalui seleksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1), tanpa memperhatikan masa kerja sebagai tenaga honorer, dengan ketentuan : a. usia paling tinggi 46 (empat puluh enam) tahun; b. bersedia bekerja pada unit pelayanan kesehatan di daerah terpencil, sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun. (2) Daerah terpencil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur/Bupati yang bersangkutan sesuai dengan kriteria yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Pasal 6 (1) Pengangkatan tenaga honorer menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil berdasarkan Peraturan Pemerintah ini dilakukan bertahap mulai Tahun Anggaran 2005 dan paling lambat selesai Tahun Anggaran 2009, dengan prioritas tenaga honorer yang penghasilannya dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. (2) Dalam hal tenaga honorer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seluruhnya telah diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil sebelum tahun Anggaran 2009, maka tenaga honorer yang bekerja pada instansi pemerintah dan penghasilannya tidak dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dapat diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil. Pasal 8 Sejak ditetapkannya Peraturan Pemerintah ini, semua Pejabat Pembina Kepegawaian dan pejabat lain di lingkungan instansi, dilarang mengangkat tenaga honorer atau yang sejenis, kecuali ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.
10	Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota Bab II URUSAN PEMERINTAHAN Pasal 2 (1) Urusan pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah dan urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan dan/atau susunan pemerintahan.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	(2) Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah ebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, serta agama. (3) Urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan dan/atau susunan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah semua urusan pemerintahan di luar urusan sebagaimana dimaksud pada ayat (2). (4) Urusan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas 31 (tiga puluh satu) bidang urusan pemerintahan meliputi: a. pendidikan; b. kesehatan; c. pekerjaan umum; d. perumahan; e. penataan ruang; f. perencanaan pembangunan; g. perhubungan; h. lingkungan hidup; i. pertanahan; j. kependudukan dan catatan sipil; k. pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak; l. keluarga berencana dan keluarga sejahtera; m. sosial; n. ketenagakerjaan dan ketransmigrasian; o. koperasi dan usaha kecil dan menengah; p. penanaman modal; q. kebudayaan dan pariwisata; r. kepemudaan dan olah raga; s. kesatuan bangsa dan politik dalam negeri; t. otonomi daerah, pemerintahan umum, administrasi keuangan daerah, perangkat daerah, kepegawaian, dan persandian; u. pemberdayaan masyarakat dan desa; v. statistik; w. kearsipan; x. perpustakaan;

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	y. komunikasi dan informatika; z. pertanian dan ketahanan pangan; aa. kehutanan; bb. energi dan sumber daya mineral; cc. kelautan dan perikanan; dd. perdagangan; dan ee. perindustrian. (5) Setiap bidang urusan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari sub bidang, dan setiap sub bidang terdiri dari sub sub bidang. Rincian ketigapuluh satu bidang urusan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam lampiran yang tidak terpisahkan dari Peraturan Pemerintah ini.
	Pasal 7 (1) Urusan wajib sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota, berkaitan dengan pelayanan dasar. (2) Urusan wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. pendidikan; b. kesehatan; c. lingkungan hidup; d. pekerjaan umum; e. penataan ruang; f. perencanaan pembangunan; g. perumahan; h. kepemudaan dan olahraga; i. penanaman modal; j. koperasi dan usaha kecil dan menengah; k. kependudukan dan catatan sipil; l. ketenagakerjaan; m. ketahanan pangan; n. pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak; o. keluarga berencana dan keluarga sejahtera;

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	p. perhubungan; q. komunikasi dan informatika; r. pertanahan; s. kesatuan bangsa dan politik dalam negeri; t. otonomi daerah, pemerintahan umum, administrasi keuangan daerah, perangkat daerah, kepegawaian, dan persandian; u. pemberdayaan masyarakat dan desa; v. sosial; w. kebudayaan; x. statistik; y. kearsipan; dan z. perpustakaan.
	Pasal 8 (1) Penyelenggaraan urusan wajib sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan Pemerintah dan dilaksanakan secara bertahap. (2) Pemerintahan daerah yang melalaikan penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib, penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Pemerintah dengan pembiayaan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah yang bersangkutan.
11	Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2005 Tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil 1. Ketentuan Pasal 3, Pasal 4, dan Pasal 5 diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	"Pasal 3 (1) Pengangkatan tenaga honorer menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil diprioritaskan bagi yang melaksanakan tugas sebagai: a. guru; b. tenaga kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan; c. tenaga penyuluh di bidang pertanian, perikanan, peternakan; dan d. tenaga teknis lainnya yang sangat dibutuhkan pemerintah. (2) Pengangkatan tenaga honorer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada: a. usia paling tinggi 46 (empat puluh enam) tahun dan paling rendah 19 (sembilan belas) tahun; dan b. masa kerja sebagai tenaga honorer paling sedikit 1 (satu) tahun secara terus menerus. (3) Masa kerja terus menerus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b tidak berlaku bagi dokter yang telah selesai menjalani masa bakti sebagai pegawai tidak tetap. "Pasal 5 (1) Dokter yang telah selesai atau sedang melaksanakan tugas sebagai pegawai tidak tetap atau sebagai tenaga honorer pada sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah, dapat diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil setelah melalui pemeriksaan kelengkapan administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1), tanpa memperhatikan masa bakti sebagai pegawai tidak tetap atau masa kerja sebagai tenaga honorer, dengan ketentuan: a. usia paling tinggi 46 (empat puluh enam) tahun; dan b. bersedia bekerja pada daerah dan/atau sarana pelayanan kesehatan terpencil atau tertinggal paling kurang 5 (lima) tahun.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	(2) Sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil atau di daerah tertinggal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b ditetapkan oleh Bupati atau Walikota setempat berdasarkan kriteria yang diatur oleh Menteri Kesehatan." 5. Di antara Pasal 13 dan Pasal 14 disisipkan 1 (satu) pasal, yakni Pasal 13A berbunyi sebagai berikut: "Pasal 13A Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang pengangkatan dokter dan bidan sebagai pegawai tidak tetap yang berlaku sebelum ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2005 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil, sepanjang belum diganti dengan peraturan perundang-undangan, dinyatakan tetap berlaku."
12	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 385/Menkes/Per/V/1988 tentang Pelaksanaan Masa Bhakti dan Izin Praktek bagi Dokter dan Dokter Gigi BAB III MASA BAKTI Pasal 6 (1) Penyebaran dokter dan dokter gigi diutamakan untuk memenuhi kebutuhan program kesehatan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan. (2) Penyebaran dokter dan dokter gigi di luar program kesehatan dilaksanakan setelah kebutuhan seperti ayat (1) terpenuhi. Pasal 11 (1) Pelaksanaan masa bakti ditetapkan menurut pembagian wilayah, sebagai berikut : a. Penempatan di Pulau Jawa 5 (lima) tahun; b. Penempatan di luar Pulau Jawa 3 (tiga) tahun; c. Penempatan di daerah terpencil 2 (dua) tahun.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
13	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 916/Menkes/Per/VIII/1997 tentang Izin Praktek bagi Tenaga Medis BAB II IZIN PRAKTEK Pasal 2 (3) Tenaga medis yang akan melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan profesinya pada sarana pelayanan kesehatan, wajib memiliki Surat Izin Praktik (SIP). (4) Sarana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi sarana pelayanan kesehatan dasar dan sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pasal 3 (1) Surat Izin Praktik sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) dapat diberikan kepada tenaga medis lulusan dalam negeri apabila memenuhi persyaratan : a. warga negara Indonesia; b. memiliki surat penugasan; c. memiliki surat keputusan penempatan dalam rangka masa bakti atau surat bukti telah selesai menjalankan masa bakti; d. surat rekomendasi dari organisasi profesi yang menyatakan antara lainkemampuan pisik dan mental yang didasarkan atas keterangan dokter, memiliki kemampuan keilmuan, dan keterampilan klinis dalam bidang profesinya yang didasarkan atas perolehan angka kredit dalam pendidikan kedokteran berkelanjutan (PKB) atau pendidikan kedokteran gigi berkelanjutan (PKGB) serta memiliki moralitas dan etika yang baik untuk melakukan tugas sesuai dengan kode etik profesinya.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
15	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1199/Menkes/Per/X/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah 8 . Pengadaan Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang prima perlu pertimbangan yang matang melalui prosedur yang komprehensif dari proses analisis kebutuhan tenaga sampai kepada evaluasi kinerjanya. Pertimbangan ini perlu dilakukan disamping untuk mendapatkan tenaga yang sesuai dengan kebutuhan dan kualifikasinya juga sebagai dasar dalam penetapan butir-butir Perjanjian kerja. Langkah-langkah pengadaan tenaga kesehatan dengan Perjanjian kerja: a. melakukan pendataan tenaga yang dimiliki b. melakukan analisis kebutuhan tenaga . c. menetapkan jenis pekerjaan (spesifikasi) d. menetapkan kebutuhan tenaga berdasarkan jenis dan kualifikasi yang diisusun berdasarkan skala prioritas.. e. melaksanakan penyebar luasan informasi. f. melakukan penjaringan peminatan sesuai dengan ketentuan persyaratan yang diberlakukan antara lain seleksi administrasi, seleksi tertulis, wawancara dan psikotest. g. membuat pengumuman hasil seleksi. h. membuat surat Perjanjian kerja .

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Contoh Perhitungan Gaji Tenaga Dengan Perjanjian Kerja a. Daerah Regional DKI UMR DKI = Rp. 426.250,- Dokter 1. Gaji Pokok : 1,8 x Rp. 426.250 = Rp. 767.250,- 2. Tunjangan jabatan dokter : 0,2 x Rp. 767.250 = Rp. 153.450,-(+) 3. PENGHASILAN : Rp. 920. 700,- b. Daerah Terpencil, Kabupaten Kepulauan Seribu. Dokter 1. Gaji Pokok = Rp. 767.250,- 2. Tunjangan jabatan dokter : = Rp. 153.450,- 3. Tunjangan Pengabdian 0,8 x Rp 767.250,- = Rp. 613.800,- (+) 4. PENGHASILAN : Rp. 1.534.500,-
	11. Contoh Perhitungan I Gaji Pegawai Negeri Sipil Dokter Golongan III/a, 1 tahun masa kerja, keluarga : 1 istri/suami + 1 anak. 1. Gaji Pokok : = Rp. 760. 800,- 2. Tunjangan Keluarga : 0,12 x Rp. 760.800 = Rp. 91. 296,- (+) 3. Gaji Kotor : Rp. 852. 096,- 4. Iuran wajib 10 % : 0,1 x Rp. 852. 096 = Rp. 85. 210,- (-) 5. Gaji bersih : Rp. 766.886,- 6. Tunjangan tenaga kesehatan sarjana Golongan III : Rp. 281.300,- (+) 7. PENGHASILAN : Rp. 1.048. 186,-

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
16	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1419/Menkes/Per/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi Bab II Izin Praktik Pasal 2 (1) Setiap Dokter dan dokter gigi yang akan melakukan praktik kedokteran pada sarana pelayanan kesehatan atau praktik perorangan wajib memiliki SIP. Pasal 4 (1) SIP diberikan kepada dokter atau dokter gigi paling banyak untuk 3 (tiga) tempat praktik, baik pada sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah, swasta maupun praktik perorangan.
	(2) SIP 3 (tiga) tempat praktik sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berada dalam 1 (satu) Kabupaten/Kota atau Kabupaten/Kota lain baik dari Propinsi yang sama mapun Propinsi lain. (3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam memberikan SIP harus mempertimbangkan keseimbangan antara jumlah dokter atau dokter gigi yang telah ada dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Pasal 5 (1) SIP bagi dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran pada Rumah Sakit Pendidikan dan sarana pelayanan kesehatan yang menjadi jejaring Rumah Sakit Pendidikan tersebut dan juga mempunyai tugas untuk melakukan proses pendidikan berlaku juga bagi sarana pelayanan kesehatan yang menjadi jejaring Rumah Sakit Pendidikan tersebut.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Pasal 14 (1) Dokter dan dokter gigi dapat memberikan kewenangan kepada perawat atau tenaga kesehatan tertentu secara tertulis dalam melaksanakan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi. (2) Tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud ayat (1) sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
17	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter Menjadi Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti BAB II KEDUDUKAN Pasal 3 Jangka waktu pelaksanaan Dokter sebagai Pegawai Tidak Tetap adalah selama pelaksanaan masa bakti. BAB IV WEWENANG PENGANGKATAN, PENEMPATAN, PEMINDAHAN DAN PEMBERHENTIAN Pasal 6 Menteri atau pejabat lain yang ditunjuk berwenang mengangkat, menempatkan, memindahkan dan memberhentikan dokter sebagaimana dimaksud pada pasal 2.
18	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1540/Menkes/SK/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis melalui Masa Bakti dan Cara Lain BAB III PENEMPATAN TENAGA MEDIS Pasal 5 a. Menteri mengatur penempatan tenaga medis dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	b. Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui penempatan tenaga medis secara rasional. c. Penempatan tenaga medis secara rasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui masa bakti dan cara lain. BAB IV MASA BAKTI Pasal 6 (1) Penempatan tenaga medis melalui masa bakti dilaksanakan dalam kedudukan dan status sebagai pegawai tidak tetap. (2) Pegawai tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pegawai tidak tetap pusat dan pegawai tidak tetap propinsi/kabupaten/kota Pasal 7 (1) Penghasilan pegawai tidak tetap pusat dibebankan kepada Anggaran Pendapatan Belanja Negara. (2) Penghasilan pegawai tidak tetap daerah propinsi/kabupaten/kota dibebankan kepada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah propinsi/kabupaten/kota masing-masing. (3) Penghasilan pegawai tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) meliputi: a. Gaji pokok b. Tunjangan pegawai tidak tetap c. Tunjangan bagi dokter yang ditempatkan di daerah terpencil dan sangat terpencil. d. Tunjangan pajak penghasilan e. Insentif dan tunjangan lainnya.
	Pasal 11 Penempatan tenaga medis sebagai pegawai tidak tetap dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan ditetapkan sebagai berikut: a. Pusat kesehartan masyarakat

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	b. Rumah sakit umum daerah kabupaten/kota c. Rumah sakit umum daerah propinsi d. Rumah sakit khusus e. Rumah sakit tertentu sebagai tenaga medis BSB (Brigade Siaga Bencana) f. Sarana kesehatan tertentu lainnya. Pasal 21 (1) Pengangkatan tenaga medis sebagai pegawai tidak tetap propinsi/kabupaten/kota dapat dilakukan pada: a. Daerah terpencil/sangat terpencil b. Daerah biasa BAB V PENEMPATAN TENAGA MEDIS MELALUI CARA LAIN Pasal 30 Penempatan tenaga medis melalui Cara Lain dilaksanakan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan sebagai : a. Prajurit TNI dan Anggota POLRI b. PNS TNI dan PNS POLRI c. PNS Departemen Kesehatan d. PNS Departemen lain/Lembaga Pemerintah Non Departemen (LPND) e. PNS daerah propinsi/kabupaten/kota f. Staf pengajar pada Fakultas Kedokteran (FK)/Fakultas Kedokteran Gigi (FKG) negeri atau swasta g. Karyawan sarana pelayanan kesehatan swasta yang bersifat sosial yang berada di kabupaten di luar ibukota negara dan atau ibukota propinsi h. Karyawan sarana pelayanan kesehatan milik pesantren atau lembaga keagamaan lainnya.
	BAB VI PENUNDAAN MASA BAKTI Pasal 35 (1) Tenaga medis yang berkeinginan melanjutkan pendidikan spesialis dapat menunda masa bakti.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	BAB VII IZIN PRAKTIK Pasal 37 (1) Tenaga medis yang telah memperoleh Surat Penugasan dapat mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) sementara yang berlaku 6 (enam) bulan dan dapat diperpanjang 2 (dua) kali.
19	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan Bab II. Tujuan dan Kebijakan Desentralisasi Bidang Kesehatan B. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi luas, nyata dan bertanggung jawab. Dalam hal ini maka: 1. Daerah diberi kewenangan seluas-luasnya untuk menyelenggarakan upaya dan pelayanan kesehatan dengan Standar Pelayanan Minimal yang pedomannya dibuat oleh Pemerintah Pusat. 2. Daerah bertanggung jawab mengelola sumber daya kesehatan yang tersedia di wilayahnya secara optimal guna mewujudkan kinerja Sistem Kesehatan Wilayah sebagai bagian dari Sistem Kesehatan Nasional. C. Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di Kabupaten dan Kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di Provinsi bersifat terbatas. G. Sebagai pelengkap desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan pula Dekonsentrasi bidang kesehatan yang diletakkan di Daerah Provinsi sebagai wilayah administrasi. Azas dekonsentrasi ini dimaksudkan untuk memberikan kewenangan kepada Daerah Provinsi untuk melaksanakan kewenangan tertentu di bidang kesehatan yang dilimpahkan kepada Gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Bab IV. Tujuan Strategis, Langkah Kunci dan Kegiatan B. Upaya peningkatan kapasitas sumberdaya manusia. Langkah Kunci 13. Pemantapan Sistem Manajemen SDM Kesehatan Ketersediaan SDM kesehatan yang berkualitas dan profesional sangat menentukan keberhasilan penerapan desentralisasi bidang kesehatan, sehingga perlu dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut : - Peningkatan dan pemantapan perencanaan, pengadaan tenaga kesehatan, pendayagunaan dan pemberdayaan profesi kesehatan - Peningkatan sistem informasi tenaga kesehatan terpadu - Peningkatan kapasitas SDM Kesehatan - Pendayagunaan SDM Kesehatan, termasuk pengembangan model-model pendayagunaan SDM Kesehatan untuk daerah/masyarakat miskin dan terpencil/sangat terpencil - Peningkatan mutu pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan kesehatan - Peningkatan pemberdayaan tenaga kesehatan ke luar negeri
20	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat Bab II Formula Indikator dan Definisi Operasional A. Formula Indikator 3. Proses dan Masukan - Sumberdaya Kesehatan Rata-rata dokter per 100.000 penduduk $\frac{\text{Jumlah Dokter yang memberikan pelayanan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah pada tahun yang sama}} \times 100.000$

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	- Rasio dokter per 100.000 penduduk ; 40 dokter (Target 2010) B. Definisi Operasional 3. Proses dan Masukan - Sumberdaya Kesehatan Dokter yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
21	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit Bab II Dasar Hukum dan Pokok-Pokok Perencanaan SDM Kesehatan II.2. POKOK-POKOK PERENCANAAN SDM KESEHATAN Secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar yaitu : 1. Perencanaan kebutuhan SDM pada tingkat institusi. Perencanaan SDM kesehatan pada kelompok ini ditujukan pada perhitungan kebutuhan SDM kesehatan untuk memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik dll.nya. 2. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah Perencanaan disini dimaksudkan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (Propinsi / Kabupaten/Kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	3. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk Bencana. Perencanaan ini dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM Kesehatan saat prabencana, terjadi bencana dan post bencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi. Bab IV Pendekatan dan Metode Penyusunan Rencana Kebutuhan SDM Kesehatan IV.2. METODE PENYUSUNAN RENCANA KEBUTUHAN SDM KESEHATAN Pada dasarnya kebutuhan SDM kesehatan dapat ditentukan berdasarkan (Depkes, 2004b) : 1. Kebutuhan epidemiologi penyakit utama masyarakat 2. Permintaan (*demand*) akibat beban pelayanan kesehatan ; atau 3. Sarana upaya kesehatan yang ditetapkan. 4. Standar atau ratio terhadap nilai tertentu Determinan yang berpengaruh dalam perencanaan kebutuhan SDM adalah: a. Perkembangan penduduk, baik jumlah, pola penyakit, daya beli, maupun keadaan sosiobudaya dan keadaan darurat/bencana b. Pertumbuhan ekonomi ; dan c. Berbagai kebijakan di bidang pelayanan kesehatan Adapun metode-metode dasarnya adalah sebagai berikut : 1. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan keperluan kesehatan (Health Need Method). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya keperluan (need) menurut golongan umur, jenis kelamin, dllnya. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan ; diperhitungkan keperluan upaya kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk pada tahun sasaran.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	2. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan permintaan kebutuhan kesehatan (*Health Services Demand Method*). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya kebutuhan (demand) upaya atau pelayanan kesehatan untuk kelompok-kelompok penduduk menurut golongan umur, jenis kelamin, tingkat ekonomi, pendidikan, lokasi dllnya. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan ; diperhitungkan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk tersebut pada tahun sasaran. Selanjutnya untuk memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dan jenis tenaga kesehatan tersebut diperoleh dengan membagi jumlah keseluruhan pelayanan kesehatan pada tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran. 3. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan sasaran upaya kesehatan yang ditetapkan (Health Service Targets Method). Dalam cara ini dimulai dengan menetapkan berbagai sasaran upaya atau memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dengan membagi keseluruhan upaya atau pelayanan kesehatan tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan upaya atau pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	4. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan rasio terhadap sesuatu Nilai (Ratio Method). Pertama-tama ditentukan atau diperkirakan rasio dari tenaga terhadap suatu nilai tertentu misalnya jumlah penduduk, tempat tidur RS, Puskesmas dan lain-lainnya. Selanjutnya nilai tersebut diproyeksikan ke dalam sasaran. Perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dari membagi nilai yang diproyeksikan termasuk dengan rasio yang ditentukan.
22	Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat E. Fungsi 3. Pusat Pelayanan kesehatan Strata Pertama Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab Puskesmas meliputi: a. Pelayanan Kesehatan Perseorangan Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perseorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap. b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*publik goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan,

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.
23	Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1274/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan G. Program Sumberdaya Kesehatan Tujuan program: meningkatkan jumlah, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. 1. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan a. Menyusun petunjuk/pedoman penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan b. Melaksanakan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan c. Pengembangan dan pemanfaatan tenaga kesehatan d. Melaksanakan penyusunan perencanaan program, monitoring dan evaluasi, dan pengembangan sistem informasi PPSDMK e. Menyusun kerangka kebijakan pengembangan SDM Kesehatan f. Penyelenggaraan administrasi dan dukungan operasional program pendayagunaan tenaga kesehatan. 3. Pembinaan tenaga kesehatan termasuk pengembangan karir tenaga kesehatan a. Pengendalian mutu dan standarisasi kompetensi tenaga kesehatan b. Melaksanakan pembinaan dan pengelolaan sistem karir tenaga kesehatan c. Penyelenggaraan administrasi dan dukungan operasional program PPSDM Kesehatan.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
24	Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: /Menkes/SK/II/2006 tentang Visi, Misi dan Strategi Departemen Kesehatan RI. Grand Strategi 2 Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas
25	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. V. PERAN JAJARAN KESEHATAN DAN PEMANGKU KEPENTINGAN TERKAIT. 1. Peran Puskesmas a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, termasuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). b. Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat kecamatan dan desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. c. Memfasilitasi pengembangan Desa Siaga dan Poskesdes d. Melakukan monitoring, evaluasi dan pembinaan Desa Siaga.
26	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 483/Menkes/SK/V/2008 tentang Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk Tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Kesatu: Perhitungan besaran Alokasi Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008 perhitungannya berdasarkan jumlah masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan; Keempat: Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008 digunakan untuk kegiatan : − Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) − Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) − Pelayanan Persalinan − Pelayanan Spesialistik − Pelayanan Gawat Darurat − Pelayanan Rujukan Gawat Darurat − Dukungan Manajemen Puskesmas
27	Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 864/Menkes/E/VI/2005 tentang Kebijakan Pengangkatan Dokter/Dokter Gigi PTT Surat Depkes No. KP 01.02.1.2.8247 tanggal 17 Pebruari 2003 tentang provinsi peminatan Dokter PTT menyatakan bahwa ada 14 (empat belas) provinsi tertutup untuk peminatan dokter umum dan 7 (tujuh) provinsi tertutup untuk peminatan dokter gigi. Pada awalnya kebijakan provinsi tertutup tersebut diterapkan pada provinsi yang antriannya sangat panjang dengan tujuan menghabiskan antrian terlebih dahulu dan pada beberapa provinsi yang mampu kebijakan tersebut ditetapkan dengan harapan provinsi tersebut dapat mengupayakan pemenuhan kebutuhannya secara mandiri.

NO	KEBIJAKAN DAN PASAL TERKAIT
	Dalam perjalanannya beberapa Prov/Kab/Kota menyatakan kesulitan dalam upaya pemenuhannya sehingga mempengaruhi profil kesehatan di daerah tersebut. Untuk itu Depkes menetapkan kebijakan pengangkatan Dr/Drg PTT sebagai berikut : 1. Membuka kembali semua provinsi sebagai tempat penugasan Dr/Drg PTT dengan jumlah tertentu untuk setiap tahunnya. 2. Provinsi agar mengajukan kebutuhan tenaga Dr/Drg PTT yang dirinci menurut Kab/Kota dan kriteria B/T/ST untuk kurun waktu satu tahun ditujukan ke Biro Kepegawaian Depkes. 3. Depkes akan menentukan jumlah yang disetujui setelah menyesuaikan dengan anggaran yang tersedia, kemudian kebutuhan tersebut akan diumumkan secara terbuka melalui media massa. 4. Dr/Drg yang berminat diwajibkan membuat permohonan dengan menyebutkan Kab/Kota dan kriteria daerah pilihannya kemudian menyerahkan atau mengirimkannya melalui pos ke Biro Kepegawaian Depkes. 5. Pemenuhan kebutuhan diprioritaskan untuk Kabupaten/Kota diluar Jawa dan Kabupaten/Kota yang terpencil/sangat terpencil/kurang diminati serta Kabupaten atau Kota yang Pemdanya belum dapat mengangkat secara mandiri tenaganya sebagai PTT Daerah.
	6. Penentuan yang akan diangkat ditetapkan melalui seleksi administrasi dengan menggunakan mekanisme skoring dengan parameter : tempat tinggal/domisili, tahun kelulusan, indeks prestasi dan parameter lainnya yang ditentukan sesuai kebutuhan daerah. Periode pengangkatan Dr/Drg PTT hanya 2 (dua) periode yaitu periode bulan Mei dan September dalam tahun berjalan, untuk mencegah keterlambatan pembayaran gaji diakhir tahun anggaran.

Sumber : Dokumen kebijakan di tingkat nasional

3.2.2. *Review* Kebijakan Tingkat Nasional Terkait Masalah Kesehatan dan SDM Kesehatan

Berdasarkan hasil penelusuran dokumen kebijakan terkait masalah ketenagaan dokter umum tersebut akan dilakukan *review* yang dikelompokkan secara tematik yang terdiri dari; (1) Rencana Strategis Departemen Kesehatan, (2) Tenaga Kesehatan, (3) Pembiayaan kesehatan, (4) Otonomi Daerah, (5) Kepegawaian, (6) Perencanaan SDM Kesehatan, (7) Desa Siaga, (8) Revitalisasi Puskesmas, dan (9) Penyelenggaraan Praktek Dokter.

1. Rencana Strategis Departemen Kesehatan

Dalam rencana strategis Departemen Kesehatan tujuan program sumberdaya kesehatan adalah untuk meningkatkan jumlah, mutu, dan penyebaran tenaga kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pembanyunan kesehatan. Meski demikian tujuan program untuk meningkatkan jumlah tenaga kesehatan hanya untuk kabupaten atau kota di luar Jawa dan kabupaten atau kota yang terpencil atau sangat terpencil atau kurang diminati serta kabupaten atau kota yang pemdanya belum dapat mengangkat secara mandiri tenaganya sebagai PTT daerah.

2. Tenaga Kesehatan

Tenaga dokter umum merupakan salah satu yang didefinisikan sebagai tenaga kesehatan strategis selain dokter gigi dan bidan. Untuk itu banyak diatur dalam kebijakan-kebijakan ketenagaan terutama masalah distribusinya.

Tren kebijakan yang lebih mengetengahkan masalah hak asasi manusia turut memberikan andil dalam ’roh’ kebijakan yang mengatur tenaga kesehatan strategis. Tenaga kesehatan strategis yang dulu wajib untuk menjadi Pegawai Tidak Tetap (PTT) setelah lulus, sekarang hampir tidak ’wajib’ lagi. Tenaga dokter umum bisa menempuh cara lain dengan bekerja di klinik swasta atau melanjutkan ke jenjang spesialis.

3. Pembiayaan kesehatan

Pemerintah pusat menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin sebagai upaya peningkatan akses masyarakat terhadap akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. JPKMM atau askeskin yang kemudian dirubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) ini melibatkan puskesmas dan jaringannya sebagai PPK yang menyediakan pelayanan dasar.

Kebijakan pembiayaan kesehatan ini tentu akan meningkatkan jumlah kunjungan di puskesmas dan jaringannya,

artinya beban tenaga dokter umum akan bertambah besar seiring peningkatan kunjungan tersebut.

4. Otonomi Daerah

Dalam hal otonomi daerah, penanganan bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib kabupaten yang menjadi kewenangan pemerintah daerah yang berskala kabupaten atau kota.

Pemerintah kabupaten mempunyai kewenangan seluas-luasnya untuk menyelenggarakan upaya dan pelayanan kesehatan dengan standar pelayanan minimal yang pedomannya dibuat oleh pemerintah pusat. Untuk itu pemerintah kabupaten juga mempunyai kewenangan yang luas dalam hal upaya penyediaan tenaga kesehatan.

5. Kepegawaian

Kewenangan untuk pengangkatan, pemindahan, dan pemberhentian PNS dilakukan oleh Presiden. Untuk memperlancar pelaksanaan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian PNS tersebut, Presiden dapat mendelegasikan sebagian wewenangnya kepada pejabat pembina kepegawaian pusat dan menyerahkan sebagian wewenangnya kepada pejabat pembina kepegawaian daerah yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.

Peraturan Pemerintah yang mengatur hal tersebut menyatakan bahwa formasi PNS Daerah untuk masing-masing satuan organisasi pemerintah daerah setiap tahun anggaran ditetapkan oleh Kepala Daerah. Artinya bahwa kabupaten bisa menyusun formasi sendiri dalam lingkup kabupaten. Kebijakan formasi tersebut meliputi pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian PND Daerah.

Pemerintah daerah sejak tahun 2005 tidak diperbolehkan mengangkat tenaga honorer atau tenaga sejenis (kontrak) baru. Tenaga honorer yang sudah ada dilakukan pendataan secara administratif untuk diangkat menjadi pegawai negeri sipil. Pelaksanaan pengangkatan dilakukan secara bertahap sampai dengan sebelum tahun 2009.

6. Perencanaan SDM Kesehatan

Secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar yaitu : 1) perencanaan kebutuhan SDM pada tingkat institusi, 2) perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah, dan 3) Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk Bencana.

Kebutuhan SDM kesehatan dapat ditentukan berdasarkan kebutuhan epidemiologi penyakit utama

masyarakat, permintaan (*demand*) akibat beban pelayanan kesehatan atau sarana upaya kesehatan yang ditetapkan serta standar atau ratio terhadap nilai tertentu.

Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan rasio terhadap nilai tertentu (*ratio method*). Pertama-tama ditentukan atau diperkirakan rasio dari tenaga terhadap suatu nilai tertentu misalnya jumlah penduduk, tempat tidur RS, Puskesmas dan lain-lainnya. Selanjutnya nilai tersebut diproyeksikan ke dalam sasaran. Perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dari membagi nilai yang diproyeksikan termasuk dengan rasio yang ditentukan.

Formula indikator dalam pedoman penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten atau kota sehat menghendaki rasio rata-rata dokter per 100.000 penduduk adalah 40 orang, atau 1 dokter untuk 2.500 penduduk. Jumlah ini merupakan target pada tahun 2010. Dokter yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah baik berstatus PNS maupun bukan.

7. Desa Siaga

Kebijakan desa siaga menempatkan peran puskesmas sebagai pemangku untuk menyelenggarakan pelayanan

kesehatan dasar, termasuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

Berdasarkan kebijakan tersebut puskesmas bertanggungjawab untuk melakukan monitoring, evaluasi dan pembinaan desa siaga dan poskesdes di dalamnya. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pembinaan tidak hanya dalam hal manajemen tetapi juga dalam hal pelayanan kesehatan dasar yang menempatkan bidan desa sebagai tenaga inti di Poskesdes.

8. Revitalisasi Puskesmas

Kebijakan revitalisasi puskesmas mengisyaratkan untuk mengembalikan fungsi puskesmas sesuai dengan Kepmenkes 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas. Dalam kebijakan tersebut puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

9. Penyelenggaraan Praktek Dokter

Setiap dokter yang melakukan praktek kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan surai ijin praktek (SIP). SIP dimaksud hanya diberikan untuk maksimal

tiga tempat praktek dengan masing-masing tempat praktek satu SIP. Tempat praktek dimaksud meliputi sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah, swasta maupun praktek perorangan.

Dokter dapat memberikan kewenangan kepada perawat atau tenaga kesehatan tertentu secara tertulis dalam melaksanakan tindakan kedokteran.

3.2.3. Isu Kebijakan Tingkat Nasional

Berdasarkan hasil *review* kebijakan di tingkat nasional dapat disimpulkan bahwa isu kebijakan tingkat nasional adalah;

1. Pengadaan tenaga dokter umum oleh pusat hanya untuk kabupaten atau kota di luar Jawa dan kabupaten atau kota yang terpencil atau sangat terpencil atau kurang diminati serta kabupaten atau kota yang pemdanya belum dapat mengangkat secara mandiri tenaganya sebagai PTT daerah.
2. Tenaga dokter umum merupakan salah satu tenaga kesehatan strategis yang wajib mengabdi setelah lulus, tetapi saat ini menjadi hampir tidak wajib lagi karena adanya peluang mengabdi dengan cara lain.

3. Bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib kabupaten yang menjadi kewenangan pemerintah daerah yang berskala kabupaten atau kota.

3.3. Kebijakan di Kabupaten Blitar Terkait Bidang Kesehatan

Kebijakan di tingkat Kabupaten Blitar yang dilakukan *review* meliputi Rencana Strategis Kabupaten Blitar, Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar dan pola kebijakan pengadaan pegawai di Kabupaten Blitar.

3.3.1. Rencana Strategis Kabupaten Blitar

Rencana strategis Kabupaten Blitar yang tertuang dalam RPJMD atau Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Blitar yang dilakukan *review* adalah RPJMD tahun 2006-2011.

Pada dasarnya bidang kesehatan merupakan salah satu yang menjadi prioritas pembangunan di Kabupaten Blitar selain bidang kesehatan. Upaya peningkatan aksesibilitas kesehatan bersama-sama dengan bidang pendidikan menjadi agenda ke dua setelah penanggulangan kemiskinan dan pengangguran.

Dalam RPJMD tersebut agenda peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas mencakup 9 program, termasuk didalamnya program rehabilitasi puskesmas, pustu dan polindes serta program peningkatan sumberdaya manusia.

3.3.2. Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar

Rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar yang merupakan rencana lima tahunan mengetengahkan isu strategis ’masih rendahnya mutu pelayanan kesehatan’. Dalam rencana strategis tersebut juga diidentifikasi faktor-faktor yang bisa menjadi kunci keberhasilan. Faktor tersebut adalah;

1. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
2. Pembudayaan masyarakat dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
3. Peningkatan manajemen pembangunan kesehatan dan sumber daya serta penguasaan ilmu dan teknologi.
4. Peningkatan upaya perlindungan terhadap masyarakat.

Dalam rancangan kegiatan untuk pelayanan kesehatan dasar, rencana strategis tersebut merancang kegiatan peningkatan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan jangkauan pelayanan.

3.3.3. Kebijakan Pengadaan Pegawai di Kabupaten Blitar

Kabupaten Blitar dalam kebijakan kepegawaiannya mengacu pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2005 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil dan Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2005 Tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil.

Kabupaten Blitar sejak tahun 2006 sudah tidak melakukan pengadaan pegawai dalam bentuk tenaga honorer dan sejenisnya (termasuk di dalamnya tenaga kontrak). Kebijakan yang mengacu pada kebijakan tingkat nasional ini akan mengangkat tenaga honorer yang ada secara bertahap untuk menjadi pegawai negeri sipil sebelum tahun 2009.

Tenaga honorer atau kontrak yang masih ada dan terlanjur dikontrak akan tetap dikontrak dan diperbarui perjanjian kontraknya setiap tahun sampai diangkat menjadi pegawai negeri sipil.

3.3.4. Isu Kebijakan Tingkat Kabupaten Terkait Tenaga Dokter Umum

Berdasarkan *review* kebijakan di tingkat Kabupaten Blitar dapat disimpulkan bahwa isu kebijakan di tingkat kabupaten adalah;

1. Bidang kesehatan merupakan salah satu yang menjadi prioritas pembangunan di Kabupaten Blitar selain bidang pendidikan.
2. Kabupaten Blitar tidak bisa melakukan pengadaan pegawai dengan cara honorer atau kontrak.

Bab 4

Memutuskan Alternatif dan Kriteria

Pada tahapan ini dilakukan analisis terhadap beberapa kriteria dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum yang akan dipilih oleh para aktor kebijakan di Kabupaten Blitar melalui metode *scoring*.

4.1. Dasar Penghitungan

Berdasarkan hasil review kebijakan ada empat kriteria yang ditawarkan pada aktor kebijakan yang bisa dijadikan

alternatif pilihan dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum. Dasar penghitungan tersebut adalah:

1. Berdasarkan karakteristik demografis

   Pada kriteria ini yang dijadikan acuan adalah jumlah penduduk. Rasio tenaga dokter umum dan penduduk yang dipakai adalah rasio 1:2.500 (Depkes, 2004d).

2. Berdasarkan jumlah sarana pelayanan kesehatan

   Pada kriteria ini yang dijadikan dasar penghitungan adalah jumlah puskesmas yang seharusnya ada di Kabupaten Blitar. Langkah pertama yang dilakukan adalah menghitung proyeksi jumlah penduduk.

   Langkah kedua dilakukan penghitungan kebutuhan jumlah puskesmas untuk seluruh kabupaten, dan terakhir dilakukan penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan jumlah puskesmas yang seharusnya ada di tingkat kabupaten.

   Skala rasio yang dipergunakan adalah 1 puskesmas untuk 30.000 penduduk dan 1 puskesmas minimal membutuhkan 3 orang dokter untuk memenuhi balai pengobatan puskesmas dan beban pelayanan luar gedung.

3. Berdasarkan karakteristik geografis-administratif

Pada kriteria ini hampir sama dengan poin 2, tetapi dasar penghitungan kebituhan puskesmas ada di tingkat kecamatan. Langkah pertama yang dilakukan adalah menghitung proyeksi jumlah penduduk per kecamatan.

Langkah kedua dilakukan penghitungan kebutuhan jumlah puskesmas per kecamatan, dan terakhir dilakukan penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan jumlah puskesmas per kecamatan yang seharusnya ada. Skala rasio yang dipergunakan adalah 1 puskesmas untuk 30.000 jiwa penduduk dengan rasio tenaga dokter satu puskesmas minimal tiga orang dokter.

4. Berdasarkan peningkatan beban pelayanan kesehatan

   Pada kriteria ini yang dijadikan acuan adalah jumlah kunjungan di Puskesmas. Rasio yang dipergunakan adalah 1 dokter dapat melayani 20 pasien per hari (dengan asumsi 1 tahun 300 hari kerja, 1 hari 5 jam kerja, 1 pasien 15 menit pelayanan).

Simulasi kebutuhan berdasarkan empat kriteria tersebut dapat dilihat pada tabel 17 berikut;

Tabel 17. Rekapitulasi Simulasi Tingkat Kebutuhan Tenaga Dokter Umum Berdasarkan Karakteristik Demografis, Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan, Karakteristik Geografis-Administratif dan Beban Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Blitar Tahun 2009-2018

NO	DASAR PENGHITUNGAN	TINGKAT KEBUTUHAN TENAGA DOKTER UMUM									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Karakteristik Demografis (Jumlah Penduduk)	454	456	458	460	461	463	465	466	468	470
2	Jumlah Sarana Yankes (Puskesmas)	114	114	114	115	115	116	116	117	117	117
3	Karakteristik Geografis-Administratif (Jumlah Kecamatan)	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153
4	Beban Yankes (Kunjungan & pelayanan luar gedung)	144	144	168	168	192	192	216	240	240	264

Sumber : Rekapitulasi hasil penghitungan peneliti

Berdasarkan simulasi tingkat kebutuhan tenaga dokter umum tersebut dapat diperhitungkan jumlah kekurangan tenaga dokter yang harus disediakan oleh Kabupaten Blitar. Selanjutnya bisa disusun simulasi beban kebutuhan anggaran berdasarkan masing-masing kriteria dasar penghitungan sebagai bahan dasar memutuskan kriteria dasar perhitungan mana yang paling sesuai dengan Kabupaten Blitar.

4.2. Beban Kebutuhan Anggaran

Kebutuhan anggaran untuk pengadaan dan penempatan tenaga dokter umum terdiri dari beberapa komponen biaya yang harus diperhitungkan (Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Sekretarian Jenderal Departemen Kesehatan, 2004a), yang terdiri dari:

a. Biaya investasi, yang meliputi;
    1. Pembangunan atau rehabilitasi puskesmas, pustu, rumah dinas
    2. Pengadaan listrik dan air bersih
    3. Pengadaan peralatan medis
    4. Alat komunikasi
    5. Biaya *recruitment* dan penempatan.

b. Biaya rutin, yang meliputi;
    1. Remunerasi bulanan (gaji dan tunjangan)

2. Pelatihan teknis dan fungsional
3. Obat
4. Bahan habis pakai untuk pengobatan
5. Transport operasional

Perlu tidaknya masing-masing biaya investasi tergantung pada kondisi lapangan yang ada. Sedang perkiraan kebutuhan biaya rutin perbulan yang diperlukan untuk tenaga dokter umum adalah sebagai berikut;

1. Gaji dan tunjangan : Rp. 1.630.000,-
2. Asuransi Jiwa atau kecelakaan : Rp. 100.000,-
3. Transport : Rp. 300.000,-

Total kebutuhan biaya rutin perbulan sebesar Rp. 1.930.000,-, atau pertahun sebesar Rp.23.160.000,- untuk satu orang tenaga dokter. Biaya ini belum memperhitungkan biaya investasi dan biaya rutin pendukung yang mata anggarannya melekat pada puskesmas, yang besarannya diperkirakan mencapai Rp. 15.000.000,- setiap tahunnya.

Bila diasumsikan seluruh kekurangan tenaga dokter umum akan dipenuhi oleh pemerintah, maka berdasarkan perhitungan ini kebutuhan anggaran untuk biaya rutin tenaga dokter umum sesuai dengan kriteria per masing-masing dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum adalah sebagai berikut;

Tabel 18. Simulasi Kebutuhan Anggaran Biaya Rutin Tenaga Dokter Umum Per Tahun Berdasarkan Karakteristik Demografis, Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan, Karakteristik Geografis-Administratif dan Beban Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Blitar Tahun 2009-2018

NO	DASAR PENGHITU-NGAN	KEBUTUHAN ANGGARAN BIAYA RUTIN PER TAHUN (dalam ribuan)									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Karakteristik Demografis (Jumlah Penduduk)	10.514.640	10.560.960	10.607.280	10.653.600	10.676.760	10.723.080	10.769.400	10.792.560	10.838.880	10.885.200
2	Jumlah Sarana Yankes (Puskesmas)	2.640.240	2.640.240	2.640.240	2.663.400	2.663.400	2.686.560	2.686.560	2.709.720	2.709.720	2.709.720
3	Karakteristik Geografis-Administratif (Jumlah Kecamatan)	3.543.480	3.543.480	3.543.480	3.543.480	3.543.480	3.543.480	3.543.480	3.543.480	3.543.480	3.543.480
4	Beban Yankes (Kunjungan & pelayanan luar gedung)	3.335.040	3.335.040	3.890.880	3.890.880	4.446.720	4.446.720	5.002.560	5.558.400	5.558.400	6.114.240

Sumber : Rekapitulasi hasil penghitungan peneliti

4.3. Pemilihan Alternatif

Berdasarkan paparan empat kriteria dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum yang telah disepakati dan hasil simulasi kebutuhan anggaran biaya rutin tenaga dokter umum akan dilakukan pemilihan alternatif. Pemilihan alternatif dilakukan dengan teknik *scoring* dengan nilai skor 1-5, semakin tinggi nilainya berarti semakin penting atau semakin dibutuhkan. *Scoring* dilakukan dengan melibatkan aktor kebijakan di tingkat kabupaten. Peserta *scoring* terdiri dari ;

1. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Blitar
    a. Ketua Komisi IV, komisi yang membidangi bidang kesehatan
    b. Anggota Komisi IV sekaligus Panitia Anggaran
2. Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Blitar
    a. Kepala Badan Kepegawaian Daerah
    b. Kepala bidang Mutasi
3. Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Blitar
    a. Kepala sub dinas pajak
    b. Kepala bagian Tata Usaha
4. Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kabupaten Blitar
    a. Kepala sub bidang Kesehatan

b. Kepala sub bidang Kependudukan dan Keluarga Berencana

5. Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
   a. Kepala seksi Puskesmas dan Rumah Sakit
   b. Kepala sub bagian Kepegawaian

Tabel 19. Rekapitulasi Hasil Scoring Dasar Penghitungan Kebutuhan Tenaga Dokter Umum di Kabupaten Blitar

NO	DASAR PENGHITUNGAN	TINGKAT KEBUTUHAN TENAGA DOKTER UMUM											RAN-KING
		Peserta 1	Peserta 2	Peserta 3	Peserta 4	Peserta 5	Peserta 6	Peserta 7	Peserta 8	Peserta 9	Peserta 10	Jumlah	
1	Karakteristik Demografis (Jumlah Penduduk)	4	4	5	4	4	5	5	3	3	4	47.232.000	1
2	Jumlah Sarana Yankes (Puskesmas)	5	3	3	3	2	5	5	4	4	4	16.416.000	3
3	Karakteristik Geografis-Administratif (Jumlah Kecamatan)	4	3	4	3	2	5	5	4	4	3	12.787.200	4
4	Beban Yankes (Kunjungan & pelayanan luar gedung)	4	4	3	2	2	5	5	5	5	4	18.720.000	2

Sumber : Data Primer

Keterangan : Penilaian skor 1 : sangat tidak penting; 2 : tidak penting; 3 : biasa saja; 4 : penting; 5 : sangat penting

Dengan menggunakan metode *scoring* para aktor kebijakan di Kabupaten Blitar sepakat untuk memilih karakteristik demografis (jumlah penduduk) sebagai dasar penghitungan tingkat penilaian kebutuhan tenaga dokter umum.

Bab 5

Peramalan

Berdasarkan hasil *scoring* dilakukan peramalan kebutuhan tenaga dokter umum. Ada dua jenis peramalan yang berbeda yang dilakukan. Peramalan pertama adalah peramalan secara kuantitatif untuk meramalkan pertumbuhan penduduk dan kebutuhan tenaga dokter umum. Peramalan yang kedua adalah peramalan kualitatif untuk menilai kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar.

5.1. Penilaian Kebutuhan Tenaga Dokter Umum

Langkah pertama yang dilakukan adalah meramalkan jumlah penduduk sampai 10 tahun kedepan (tahun 2018) untuk meramalkan kebutuhan jumlah tenaga dokter umum.

Sebagai dasar peramalan akan digunakan data riil jumlah penduduk dari tahun 2000 sampai dengan tahun 2004. Data tahun 2005 ke atas tidak digunakan karena dicurigai telah terjadi kesalahan pencatatan, karena terjadi lonjakan jumlah penduduk yang sangat besar yang tidak sesuai dengan trend pertumbuhan sebelumnya.

Tabel 20. Peramalan Jumlah Penduduk dan kebutuhan tenaga dokter di Kabupaten Blitar sampai dengan Tahun 2018

TAHUN	JUMLAH PENDUDUK	KEBUTUHAN TENAGA DOKTER	KETERANGAN
2000	1.096.761	439	Jumlah penduduk riil sebagai bahan acuan peramalan
2001	1.101.853	441	
2002	1.102.229	441	
2003	1.115.955	447	
2004	1.111.343	445	
2005	1.118.608	448	Hasil peramalan dengan metode regresi linier
2006	1.122.934	450	
2007	1.127.261	451	
2008	1.131.587	453	
2009	1.135.914	454	
2010	1.140.241	456	
2011	1.144.567	458	
2012	1.148.894	460	
2013	1.153.220	461	
2014	1.157.547	463	
2015	1.161.874	465	
2016	1.166.200	466	
2017	1.170.527	468	
2018	1.174.853	470	

Sumber : Hasil tabulasi dari Kabupaten Blitar dalam Angka 2007 dan hasil peramalan peneliti.

Keterangan : Rasio normatif tenaga dokter umum 1:2500 (Depkes, 2004d).

Peramalan

Hasil peramalan kuantitatif yang berupa proyeksi jumlah penduduk di Kabupaten Blitar sampai dengan tahun 2018 selanjutnya akan dijadikan dasar penghitungan atau proyeksi kebutuhan jumlah tenaga dokter umum yang dibutuhkan Kabupaten Blitar sampai dengan tahun 2018.

Tabel 21. Proyeksi Perbandingan Jumlah Tenaga Dokter Umum Antara Kebutuhan dan yang Tersedia di Kabupaten Blitar Tahun 2008-2018

TAHUN	TENAGA DOKTER UMUM		
	KEBUTUHAN	TERSEDIA	KEKURANGAN
2006	449	107	342
2007	451	110	341
2008	453	111	342
2009	454	114	340
2010	456	116	340
2011	458	118	340
2012	460	120	340
2013	461	122	339
2014	463	124	339
2015	465	126	339
2016	466	129	337
2017	468	130	338
2018	470	132	338

Sumber : Tabulasi hasil peramalan peneliti.

Berdasarkan hasil proyeksi sampai dengan tahun 2018, tenaga dokter yang tersedia hanya mencapai 24,5% (tahun 2008) sampai dengan 28,09% (tahun 2018) dari kebutuhan tenaga dokter umum hasil proyeksi.

5.2. Hasil FGD Peramalan Kemampuan dan Potensi Kabupaten Blitar

Peramalan pada tahapan ini merupakan peramalan kualitatif oleh aktor kebijakan di Kabupaten Blitar. Aktor kebijakan yang terlibat sama dengan aktor kebijakan yang melakukan proses *scoring.*

Peramalan dilakukan melalui FGD untuk menilai kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar yang berupa pendapatan Kabupaten Blitar. Hasilnya adalah sebagai berikut:

a. Pesimis dengan kemampuan Kabupaten Blitar dengan dasar bahwa pendapatan daerah yang berasal dari Pendapatan Asli Daerah tidak bisa dijadikan ukuran, karena persentasenya kecil terhadap pendapatan daerah. Pendapat ini disampaikan oleh peserta dari DPRD (anggota komisi IV dan panitia anggaran). Sikap pesimisme yang dilontarkan seorang perserta tersebut ditanggapi sebagian besar peserta FGD dengan sikap optimis.

Sikap optimis ditunjukkan dengan dasar langkah strategis yang telah diambil berupa pembentukan lembaga KPTSP (Kantor Pelayanan Terpadu Satu Pintu) yang dilakukan Pemerintah Kabupaten Blitar sebagai upaya menggerakkan sektor riil untuk percepatan pembangunan perekonomian.

b. Pendapatan daerah, pendapatan perkapita maupun pertumbuhan ekonomi akan tetap menunjukkan trend positif sampai sepuluh tahun ke depan. Prediksi ini disepakati oleh semua peserta FGD.

c. Potensi Kabupaten Blitar dalam sektor perikanan (ikan hias) dan peternakannya (produsen telur) merupakan unggulan dan terbesar di Jatim akan mampu memberi sumbangan besar bila dikelola dengan baik. Pendapat ini disampaikan peserta dari Dipenda.

d. Peserta sepakat persentase anggaran untuk bidang kesehatan akan meningkat seiring dengan komitmen pemerintah daerah terhadap bidang kesehatan yang ditunjukkan dengan kebijakan pembiayaan kesehatan rawat jalan yang ditanggung pemerintah daerah

e. Keyakinan akan kemampuan Kabupaten Blitar bila kebersamaan antara eksekutif dan legislatif dan antar eksekutif bisa lebih baik. Menurut peserta FGD dari aktor ketua komisi di DPRD tersebut cita-cita dan harapan untuk

memenuhi rasio kebutuhan tenaga dokter bisa diwujudkan asal semua komponen yakin dan mau mewujudkannya.

Bab 6

Menentukan Tujuan & Prioritas

Pada tahapan menentukan tujuan dan prioritas ini dilakukan dengan metode FGD. FGD dilakukan untuk menilai kesesuaian antara hasil peramalan kebutuhan tenaga dokter umum dengan peramalan kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar. Dengan pertanyaan mampukah Kabupaten Blitar memenuhi kebutuhan tersebut? Seberapa besar kemampuan Kabupaten Blitar memenuhi kebutuhan tersebut?

Hasilnya adalah sebagai berikut:

1. Pemerintah Kabupaten Blitar tidak bisa memenuhi seratus persen kebutuhan tenaga dokter umum tersebut. Hal ini disampaikan sebagian peserta.
2. Berdasarkan kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar pada saat ini, sebagian besar peserta memperkirakan hanya akan bisa menambah 10 tenaga dokter umum baru setiap dua tahun.
3. Tetapi bila lembaga baru KPTSP yang dibentuk bisa mempercepat pembangunan ekonomi, para peserta memprediksikan akan bisa menambah tenaga dokter umum lebih dari 5 orang setiap tahun.

Bab 7

Telaah Peneliti

Pada tahapan ini dilakukan telaah pilihan alternatif yang bisa diterapkan dan diadopsi oleh Pemerintah Kabupaten Blitar sebagai solusi untuk mengatasi kekurangan dan tidak tersebar meratanya tenaga dokter umum di kabupaten Blitar.

7.1. Bentuk Kebijakan

Bentuk kebijakan di tingkat kabupaten yang paling 'aman' adalah peraturan daerah. Dapat dikatakan 'aman' karena hanya peraturan perundangan yang berbentuk peraturan

daerahlah yang mempunyai kaitan dan disebutkan secara eksplisit dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor 3 Tahun 2000 tentang Sumber Hukum dan Tata Urutan Peraturan Perundang Undangan.

Bentuk lain peraturan perundangan di tingkat kabupaten adalah peraturan bupati dan keputusan bupati. Tetapi dalam beberapa kajian kedua bentuk peraturan perundangan tersebut masih menimbulkan banyak perdebatan, karena tidak ada atau tidak dikenal dalam sistem tata urutan perundangan yang baru.

Meski demikian, dalam prakteknya kedua bentuk kebijakan tersebut banyak dipergunakan. Tetapi untuk lebih amannya, dan untuk menjamin kepastian hukum maka pilihan bentuk kebijakan paling ideal adalah peraturan daerah.

Peraturan daerah merupakan produk bersama antara legislatif dan eksekutif. Untuk itu perlu pendekatan yang intensif kepada pihak legislatif untuk menjamin keberhasilan rancangan kebijakan ini menjadi sebuah kebijakan yang positif.

7.2. Strategi Pengadaan

Berdasarkan beberapa pengalaman daerah lain dan trend kebijakan beberapa negara berkembang, alternatif strategi pengadaan bisa dilakukan dengan cara sebagai berikut;

1. PTT daerah

   Kelebihan : Lebih cepat dalam proses pengadaan. Evaluasi kinerja bila memerlukan tindakan tegas relatif lebih bisa segera ditindaklanjuti.

   Kekurangan : Kesinambungan program bisa tersendat bila terjadi kemacetan pada proses pergantian tenaga.

2. PNS daerah

   Kelebihan : Kesinambungan program lebih terjamin, Tenaga dokter umum lebih terikat untuk tetap berada di Kabupaten Blitar.

   Kekurangan : Proses pengadaan lebih lama. Evaluasi kinerja bila memerlukan tindakan tegas lebih sulit untuk ditindaklanjuti.

Setiap strategi pengadaan tenaga dokter umum memiliki *trade-off*nya masing-masing. Dari kedua kemungkinan strategi pengadaan tenaga dokter umum tersebut, pilihan pertama yang

berupa tenaga dokter umum Pegawai Tidak Tetap Daerah merupakan pilihan yang lebih tepat bila Pemerintah Kabupaten Blitar ingin segera memenuhi standar yang ditetapkan.

7.3. Pola Insentif

Insentif harus diberikan untuk merangsang dan menarik tenaga dokter untuk masuk dan tinggal di wilayah Kabupaten Blitar. Pola insentif diberikan sesuai dengan kriteria tertentu sesuai dengan kemampuan fiskal Kabupaten Blitar.

Untuk itu perlu dikembangkan dan ditetapkan kriteria yang bisa memetakan kondisi setiap wilayah di Kabupaten Blitar. Kriteria didasarkan pada determinan yang mempengaruhi proses distribusi tenaga dokter umum, yaitu;

1. Jumlah penduduk
2. Densitas atau Kepadatan penduduk, dan
3. Jumlah sarana pelayanan kesehatan.

Selain itu juga perlu ditambahkan kriteria yang lebih merupakan indikator tingkat kesulitan yang dihadapi tenaga dokter umum di wilayah kerjanya, yaitu tingkat kesulitan geografis yang merupakan komposit dari tiga kriteria, antara lain;

1. Luas wilayah,
2. topografi, dan

3. kondisi akses jalur transport ke seluruh wilayah kerja.

Berdasarkan tiga determinan dan satu tambahan kriteria tersebut, wilayah Kabupaten Blitar dipetakan menjadi tiga wilayah, yaitu wilayah I, wilayah II dan wilayah III.

Untuk pemetaan wilayah akan dilakukan *scoring* berdasarkan empat kriteria tersebut. Untuk kriteria jumlah penduduk, densitas dan jumlah sarana akan diberi pembobotan skor menjadi 5 tingkatan. Sedang kriteria tingkat kesulitan geografis akan dibagi menjadi 3 tingkatan.

Berdasarkan nilai penjumlahan empat skor kriteria tersebut, diklasifikasi kembali menjadi 3 tingkatan wilayah, yaitu wilayah I, wilayah II, dan wilayah III. Hasil pemetaan terpapar pada tabel 22 berikut;

Tabel 22. Hasil Pemetaan Wilayah di Kabupaten Blitar Tahun 2008

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk Riil Akhir Tahun 2006		Densitas		Jumlah Sarana Yankes		Tingkat Kesulitan Geografis				Kesimpulan	
		Absolut	Skor	Absolut	Skor	Absolut	Skor	Luas Wilayah	Topo-grafi	Akses Jalur Transport	Nilai Komposit Kesulitan Geografis	Total Skor	Kriteria Daerah
1	Bakung	29.130	5	262	5	2	5	3	3	3	3	18	III
2	Wonotirto	42.395	5	258	5	2	5	5	3	3	3	18	III
3	Panggungrejo	45.960	4	386	5	3	5	4	3	3	3	17	III
4	Wates	34.540	5	502	5	2	5	2	3	3	2	17	III
5	Binangun	48.280	4	629	4	2	5	2	3	3	2	15	III
6	Sutojayan	54.169	4	1.226	2	6	4	1	1	1	1	11	II
7	Kademangan	77.021	2	732	4	6	4	3	1	1	1	11	II
8	Kanigoro	74.054	2	1.333	1	7	4	1	1	1	1	8	I
9	Talun	65.514	3	1.316	1	4	5	1	1	1	1	10	II
10	Selopuro	47.045	4	1.197	2	2	5	1	1	1	1	12	II
11	Kesamben	59.489	3	1.044	3	3	5	1	2	2	1	12	II
12	Selorejo	43.042	5	824	4	3	5	1	2	3	2	16	III
13	Doko	47.690	4	672	4	1	5	2	2	3	2	15	III
14	Wlingi	59.902	3	903	3	21	1	2	1	1	1	8	I
15	Gandusari	79.189	2	898	3	4	4	3	2	3	2	11	II
16	Garum	82.571	2	1.513	1	5	5	1	1	1	1	9	II
17	Nglegok	77.934	2	842	4	5	5	3	1	1	1	12	II
18	Sanankulon	59.231	3	1.777	1	2	5	1	1	1	1	10	II
19	Ponggok	103.600	1	998	3	4	5	3	1	1	1	10	II
20	Srengat	69.490	3	1.287	2	11	3	1	1	1	1	9	II
21	Wonodadi	52.749	4	1.307	2	8	4	1	1	1	1	11	II
22	Udanawu	44.340	4	1.082	3	4	5	1	1	1	1	13	II

Sumber : Hasil tabulasi dari data primer, Kabupaten Blitar dalam Angka Tahun 2007, dan observasi lapangan

Berdasarkan hasil pemetaan, Kabupaten Blitar terbagi menjadi;

a. Wilayah I : 2 kecamatan

b. Wilayah II : 13 kecamatan

c. Wilayah III : 7 kecamatan

Besarnya insentif untuk masing-masing daerah diusulkan dengan merujuk pada besaran insentif untuk tenaga dokter umum yang berlaku di wilayah lain di Indonesia dan juga dengan tetap memperhitungkan kemampuan fiskal Kabupaten Blitar. Untuk wilayah I sebesar Rp. 500.000,- (kabupaten atau kota lain antara Rp. 500.000,- sampai Rp. 600.000,-), wilayah II sebesar Rp. 850.000,- (kabupaten atau kota lain antara Rp. 800.000,- sampai Rp. 1.500.000,-), dan wilayah III sebesar Rp. 1.200.000,- (kabupaten atau kota lain antara Rp. 1.000.000,- sampai Rp. 2.500.000,-).

Insentif diberikan kepada seluruh tenaga dokter umum tanpa memandang status kepegawaian. Insentif diberikan hanya dengan pertimbangan wilayah penempatan.

Bab 8

Pembahasan

Setelah proses pengumpulan data dan analisis data, maka dilakukan pembahasan. Pembahasan dilakukan untuk menjawab permasalahan yang telah dirumuskan sebelumnya berdasarkan hasil temuan penelitian yang diuraikan pada bab sebelumnya dan dengan dikaitkan dengan paradigma, konsep, dan teori yang ada untuk menyusun formulasi kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar.

8.1. Dokter Umum di Kabupaten Blitar

Secara umum Kabupaten Blitar merupakan daerah yang kurang menarik bagi tenaga dokter umum. Hal ini dapat dilihat dari dominasi tenaga dokter umum yang merupakan putra daerah. Kalaupun ada yang berasal dari luar daerah, semuanya berasal dari wilayah kabupaten lain yang bersebelahan dengan wilayah Kabupaten Blitar.

Tenaga dokter umum yang bertugas di wilayah Kabupaten Blitar mempunyai kecenderungan dengan masa tugas di Kabupaten Blitar yang belum terlalu lama. Tiga per empat dari responden tenaga dokter umum memiliki masa kerja kurang dari tujuh tahun.

Hasil penelitian ini membuktikan kecenderungan tenaga dokter umum yang tertarik dan mau tinggal di Kabupaten Blitar adalah dari golongan muda. Golongan yang cenderung belum terlalu mapan dan masih mempunyai banyak keinginan. Baik keinginan untuk sekolah, keinginan untuk pindah ke wilayah lain di Kabupaten Blitar yang lebih padat, atau bahkan pindah ke wilayah kabupaten atau kota lainnya.

Sepinya kunjungan di lahan praktek dokter swasta turut menjadi faktor demotivator tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar. Karena adanya persaingan yang ketat untuk memperebutkan lahan praktek, bukan hanya dengan

sesama tenaga dokter umum tetapi justru persaingan dengan tenaga paramedis.

Kurang atau bahkan tidak adanya ketegasan dan tindakan untuk menegakkan hukum yang ada, baik hukum tentang praktek kedokteran, maupun masalah perijinan praktek bagi tenaga kesehatan lebih memperkuat kesan persaingan tersebut. Hal ini bukan hanya terjadi di Kabupaten Blitar, tetapi lebih merupakan kondisi lapangan yang jamak terjadi di seluruh wilayah Indonesia. Bila hal ini tetap dipertahankan, maka tenaga dokter umum akan enggan untuk masuk dan tinggal di Kabupaten Blitar, bahkan bukan tidak mungkin bila dokter umum yang sudah ada dan tinggal di Kabupaten Blitar akan keluar karena alasan tersebut.

Untuk mengimbangi kondisi ini, tenaga dokter umum berharap adanya insentif lain selain gaji, baik material maupun non material dengan memperhatikan keterpencilan, tingkat kesulitan wilayah kerja, dan jangkauan pelayanan. Selain itu juga diharapkan adanya penerapan dan penataan kembali sistem *rolling* yang adil secara transparan.

8.2. *Review* Kebijakan Nasional Terkait SDM Kesehatan

Ada dua hal dalam kebijakan nasional yang dinilai peneliti kurang pas. Pertama adalah kebijakan yang mengatur masalah pengabdian tenaga kesehatan strategis pasca kelulusan. Kedua adalah masalah kriteria daerah yang digolongkan menjadi tiga daerah yaitu daerah biasa, daerah terpencil dan daerah sangat terpencil.

Pertama, kebijakan di tingkat nasional yang mengatur masalah distribusi tenaga dokter seharusnya bisa lebih bijaksana dalam mengadopsi masalah hak asasi manusia dalam setiap isi kebijakannya. Mengadopsi masalah hak asasi manusia tenaga dokter seharusnya juga dengan tetap mempertimbangkan hak asasi manusia dari masyarakat umum akan kebutuhan kesehatannya.

Kebijakan distribusi tenaga kesehatan strategis seharusnya tetap diatur secara tegas oleh negara. Kebijakan yang terlalu longgar untuk memperbolehkan tenaga dokter umum pasca kelulusan untuk bisa mengabdi dengan cara lain pada akhirnya bisa berpengaruh terhadap upaya pemenuhan tenaga dokter umum. Konsekuensinya daerah yang miskin, terpencil dan dengan kepadatan penduduk yang kurang akan

selalu kekurangan tenaga kesehatan strategis karena kurang diminati.

Kedua, kebijakan yang mengatur masalah kriteria daerah yang digolongkan dalam daerah biasa, daerah terpencil dan daerah sangat terpencil. Terjadi kekosongan atau tidak ada kebijakan yang mengatur secara detail kriteria masing-masing tingkatan daerah. Kriteria untuk masing-masing tingkatan daerah diserahkan kepada masing-masing kabupaten untuk menentukan dan membuat kriteria sendiri.

8.3. *Review* Kebijakan di Kabupaten Blitar Terkait Bidang Kesehatan

Ketersediaan tenaga pelayanan kesehatan merupakan salah satu *input* terpenting pada sistem pelayanan kesehatan. Peningkatan kemampuan masyarakat dalam aksesibilitas ke sarana pelayanan kesehatan dan kebijakan biaya rawat jalan yang ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten Blitar tidak akan memiliki makna yang diharapkan tanpa keberadaan tenaga kesehatan (dokter umum) yang terampil.

Kebijakan upaya peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan yang terbukti mampu meningkatkan angka kunjungan rawat jalan di puskesmas dan rumah sakit seharusnya diikuti dengan kebijakan ketenagaan dan kebijakan kesehatan lainnya.

Pembahasan

Keberadaan hanya satu tenaga dokter umum di puskesmas yang juga merangkap sebagai manajer (kepala) puskesmas dirasa kurang atau bahkan tidak memenuhi upaya untuk peningkatan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Dengan minimnya tenaga dokter yang tersedia di setiap kecamatan, membuat dinas kehatan melarang tenaga dokter umum meninggalkan tugas, termasuk untuk keperluan pendidikan. Kebijakan ini menurut beberapa tenaga dokter umum turut menjadi faktor yang menurunkan motivasi untuk bekerja dan tingal di Kabupaten Blitar. Karena insentif non material ini termasuk salah satu yang diharapkan tenaga dokter umum sebagai salah satu upaya peningkatan karir dan aktualisasi diri.

Kebijakan ini juga menjadi kontradiktif dengan kebijakan tentang praktek kedokteran yang tertuang dalam Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 yang tidak memperbolehkan tenaga selain dokter dan dokter umum melakukan tindakan medis yang invasif. Kalaupun ada yang bisa didelegasikan ke tenaga paramedis hanya bisa dimungkinkan dengan adanya pendelegasian wewenang secara tertulis dengan tata laksana yang rinci.

8.4. Kemampuan Fiskal Kabupaten Blitar

Diperkirakan dalam era desentralisasi atau otonomi daerah aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan antar masing-masing kabupaten dan kota kesenjangannya akan semakin besar. Perbedaan kemampuan keuangan daerah dan atau komitmen serta perhatian pemerintah daerah terhadap fiskal kesehatan akan berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakatnya (Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan, 2004a).

Kemampuan dan potensi Kabupaten Blitar yang menunjukkan tren positif diperkirakan akan berdampak langsung maupun tidak langsung pada bidang kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Depkes RI (2004a) memperkuat asumsi tersebut, hasil penelitian menunjukkan korelasi bahwa makin tinggi kemampuan anggaran sebuah kabupaten atau kota, maka semakin kecil rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk.

Besaran persentase anggaran di Kabupaten Blitar yang diperuntukkan bagi bidang kesehatan yang direalisasikan sebesar 4,13% pada tahun 2007. Direncanakan naik sebesar 7,18% pada tahun 2008, masih sangat dimungkinkan untuk ditingkatkan. Advokasi anggaran bisa dilakukan berdasarkan kesepakatan bupati dan walikota se-Indonesia dengan

menteri kesehatan yang menetapkan anggaran minimal untuk kesehatan sebesar 15%, hal ini sangat besar kemungkinan untuk diwujudkan mengingat besarnya antusiasme anggota DPRD dari komisi IV yang membidangi bidang kesehatan untuk mendukung langkah kongkrit ini.

8.5. Rasio Dokter Umum

Dasar penghitungan kebutuhan jumlah tenaga dokter yang dipilih oleh aktor kebijakan di Kabupaten Blitar dengan metode *scoring* adalah rasio tenaga dokter umum terhadap jumlah penduduk. Rasio ini merupakan rasio yang menjadi target dalam Indonesia Sehat 2010 sebesar 1:2500 (Depkes, 2004d).

Skala rasio jumlah tenaga dokter umum berdasarkan jumlah penduduk menurut aktor kebijakan di Kabupaten Blitar dirasa sangat jauh untuk bisa dicapai. Perlu ditentukan rasio yang *feasible,* yang memungkinkan untuk dicapai.

Rasio yang diusulkan adalah nilai tengah antara rasio nasional tenaga dokter dengan jumlah penduduk dengan rasio tenaga dokter dengan jumlah penduduk Kabupaten Blitar pada saat ini. Langkah ini merujuk pada langkah yang dilakukan oleh Puskabangkes Depkes untuk kriteria yang sama pada kebijakan ketenagaan di daerah terpencil.

Untuk rasio tenaga dokter umum ideal di Kabupaten Blitar dengan mempergunakan pertimbangan tersebut adalah 1:7.313. Simulasi kebutuhan tenaga dokter umum dengan skala rasio yang *feasible* tersebut dapat dilihat pada tabel 23 berikut;

Tabel 23. Proyeksi Tingkat Kebutuhan Tenaga Dokter Umum Berdasarkan Rasio yang *Feasible* di Kabupaten Blitar Tahun 2008-2018

TAHUN	TENAGA DOKTER UMUM		
	KEBUTUHAN	TERSEDIA	KEKURANGAN
2008	155	111	44
2009	155	114	41
2010	156	116	40
2011	157	118	39
2012	157	120	37
2013	158	122	36
2014	158	124	34
2015	159	126	33
2016	159	129	30
2017	160	130	30
2018	161	132	29

Sumber : Tabulasi hasil peramalan peneliti.

Dari tabel 23 terlihat jumlah kekurangan tenaga dokter umum lebih *feasible* untuk dipenuhi dalam kurun waktu 10 tahun ke depan. Berdasarkan prediksi aktor kebijakan, Kabupaten Blitar akan mampu mengadakan 5 tenaga dokter umum baru setiap tahun. Dengan demikian target ini

diprediksikan akan bisa terpenuhi pada tahun 2018 bahkan bisa dimungkinkan target bisa dicapai lebih cepat lagi.

8.6. Insentif

Pada saat ini pemerintah mempunyai lebih sedikit cara untuk mempengaruhi tenaga dokter umum dan membentuk perilaku mereka. Pemaksaan bukan lagi pilihan, pemerintah seharusnya melayani sebagai *steward* untuk secara tidak langsung mempengaruhi daripada menuntut perilaku yang diinginkan (Nelson, 2007).

Dengan kemampuan fiskal Kabupaten Blitar yang tidak terlalu tinggi, selain insentif yang berupa materi perlu dikembangkan insentif non material dan pengakuan atau penghargaan. Karena insentif non material dan pengakuan menghasilkan cara berbiaya rendah yang efektif untuk mendorong kinerja yang lebih tinggi kepada para tenaga dokter umum. Upaya pengembangan insentif non material dan penghargaan bisa berupa;

1) hak cuti dan/atau hak berlibur,
2) *voucher* untuk masuk di sarana hiburan milik pemerintah kabupaten,
3) kesempatan mengikuti pelatihan atau pendidikan,
4) prioritas untuk pengangkatan CPNS,

5) perayaan keberhasilan bersama bupati, serta
6) penghargaan tenaga dokter umum berprestasi secara terbuka di depan publik, bersamaan dengan acara yang melibatkan masyarakat luas.

Dengan upaya pengembangan tersebut, diharapkan pengakuan atau penghargaan yang dirasakan tidak hanya berasal dari pihak pemerintah kabupaten, tetapi juga melibatkan masyarakat sebagai wujud pengakuan sosial eksistensi prestasi tenaga dokter umum.

8.7. Kinerja Sistem Kesehatan

Pembahasan dalam sub bab ini akan disesuaikan dengan lima hal yang menjadi tujuan keberadaan sistem kesehatan (*quality, accessibility, equity, sustainability* dan *efficiency & effectiveness.*

1. *Quality*

   Dengan keberadaan kebijakan ketenagaan dokter umum ini tidak akan meningkatkan secara langsung kualitas pelayanan yang diberikan. Tetapi hal ini memperbesar peluang terjadinya peningkatan kualitas tersebut. Kualitas yang dimaksud adalah kualitas secara normatif, yaitu pelayanan kesehatan dasar oleh tenaga medis (dokter umum).

Selain itu, dengan dibukanya kran kebijakan yang fasilitatif untuk menarik tenaga dokter di Kabupaten Blitar akan meningkatkan jumlah tenaga dokter umum. Dengan bertambahnya tenaga doter umum secara otomatis akan membuat mesin mekanisme pasar berjalan dengan sendirinya, dengan demikian akan diikuti oleh peningkatan kualita.s yang berbanding lurus dengan adanya persaingan.

2. *Accessibility*

Dari lima hal yang menjadi tujuan keberadaan sistem kesehatan maka rancangan kebijakan ketenagaan dokter umum ini paling menunjang *accessibility*. Akan terjadi peningkatan kesempatan akses kepada pelayanan yang memenuhi standar pelayanan secara normatif.

Hal ini menjawab pertanyaan dalam definisi *accessibility* yang dikemukakan Samuels (2007), yaitu *'Can it reach the patients who are in need?'* Sedang dimensi *accessibility* sesuai kriteria WHO (2006) yang terpenuhi oleh kebijakan ini adalah dalam hal *physical accessibility* dan *information accessibility.* Hal ini ditunjukkan dengan keberadaan tambahan tenaga dokter umum akan semakin memudahkan masyarakat untuk kontak dengan tenaga medis.

3. *Equity*

   Kebijakan yang akan berdampak pada penambahan jumlah tenaga dokter di Kabupaten Blitar ini juga akan menunjang *equity*. *Equity* yang dimaksud bukan dalam hal perseorangan, tetapi *equity* antar penduduk di suatu wilayah. Dengan adanya regulasi baru yang juga mengatur masalah insentif wilayah akan ikut membantu upaya pemerataan distribusi tenaga dokter umum antar wilayah.

4. *Sustainability*

   Dengan upaya advokasi kebijakan ketenagaan dokter umum menjadi kebijakan secara legal formal (peraturan daerah) akan lebih menjamin s*ustainability* dari kebijakan itu sendiri. *Sustainability* bisa dalam hal penerapan kebijakan maupun dalam hal pembiayaan, karena sudah diamanatkan dalam peraturan daerah.

   Selain itu *sustainability* pelayanan kesehatan akan lebih terjamin dengan bertambahnya keberadaan tenaga dokter umum di sarana kesehatan di Kabupaten Blitar.

5. *Efficiency & effectiveness*

   Kebijakan ini jauh lebih efektif daripada kebijakan sebelumnya, karena kebijakan ini sesuai dengan nilai normatif, yaitu pelayanan kesehatan dasar yang ditangani oleh tenaga medis (tenaga dokter).

Terjadinya peningkatan kualitas pelayanan akan berbanding lurus dengan peningkatan efisiensi.

8.8. Masalah Dasar

Upaya peningkatan aksesibiltas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan seharusnya tidak hanya bersandar pada sekedar akses ke pelayanan tanpa memenuhi standar kualitas secara normatif. Kebijakan penanggungan biaya berobat rawat jalan oleh Pemerintah Kabupaten Blitar seharusnya diikuti oleh kebijakan pemenuhan standar pelayanan secara normatif.

Pada kajian ini pendekatan yang dipakai adalah pendekatan secara normatif. Pendekatan ini menekankan pada norma atau hukum legal formal yang berlaku atau yang seharusnya.

1. Macam Masalah

Secara kuantitas tenaga dokter umum di Kabupaten Blitar mengalami kekurangan, yang berakibat pada penurunan kualitas pelayanan yang seharusnya ditangani oleh tenaga medis (dokter) menjadi tertangani oleh paramedis (perawat). Penurunan kualitas ini semakin parah seiring terjadinya peningkatan jumlah kunjungan. Kekurangan secara kuantitas ini masih ditambah lagi dengan persebaran tenaga yang tidak merata.

Berdasarkan hal tersebut diperlukan pemenuhan standar kuantitas kebutuhan tenaga dokter umum dan upaya pemerataannya. Untuk itu dibutuhkan metode penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum yang sesuai dengan Kabupaten Blitar.

Bila metode penghitungan tenaga dokter umum telah dipilih, masalah selanjutnya adalah upaya pemenuhan kekurangan tenaga dokter umum tersebut, terutama masalah anggaran. Untuk itu legislatif dan eksekutif perlu komitmen yang kuat dan perlu untuk duduk bersama merumuskan langkah-langkah yang perlu diambil guna memenuhi kebutuhan anggaran tersebut.

i. Ciri Masalah

Ada dua ciri dominan realitas yang menjadi masalah dalam kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar ini, yaitu kekurangan tenaga dokter umum dan persebaran yang tidak merata serta upaya penyelesaian dari masalah tersebut.

ii. Tata Nilai

Tata nilai yang diatur dalam kebijakan tentang ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar ini adalah ;

1) Nilai moral; tanggung jawab pemerintah terhadap masyarakat untuk menyediakan pelayanan kesehatan

yang sesuai standar sekaligus perlindungan terhadap masyarakat,

2) Nilai ekonomi; upaya memenuhi kebutuhan tenaga dokter umum secara ekonomi dalam upaya menarik tenaga dokter umum untuk bisa masuk dan bertahan di Kabupaten Blitar,

3) Nilai teknikal; pelayanan kesehatan harus sesuai dengan undang-undang praktek kedokteran.

iii. Aktor

Ada beberapa aktor yang terlibat dan berkepentingan dengan kebijakan ini, antara lain ;

1) tenaga dokter umum,
2) masyarakat,
3) eksekutif,
4) legislatif,
5) organisasi profesi dokter (IDI; Ikatan Dokter Indonesia),
6) perawat, dan
7) provider swasta.

8.9. Tujuan yang Ingin Dicapai dalam Kebijakan

Tujuan yang ingin dicapai dengan adanya kebijakan ini adalah untuk menciptakan tata nilai baru tentang kebutuhan ketenagaan dokter umum yang terinci sebagai berikut;

1) Jumlah tenaga dokter umum yang ada harus sesuai dengan standar rasio yang telah dipilih dan disepakati dengan tetap memperhatikan kemampuan Kabupaten Blitar dalam upaya pemenuhannya.
2) Meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar.

8.10. Substansi Kebijakan

1) Ciri Kebijakan

Ada tiga ciri yang menonjol dalam kebijakan tentang ketenagaan dokter umum ini, yaitu kebijakan regulatif, protektif dan fasilitatif. Regulatif; mengatur kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan rasio jumlah penduduk. Protektif; kebijakan ini berupaya melindungi masyarakat dengan akses terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai standar. Fasilitatif; kebijakan ini berupaya mengadopsi keinginan dan harapan tenaga dokter umum

untuk lebih menarik tenaga dokter umum masuk dan menetap di Kabupaten Blitar.

2) Kriteria Kebijakan
   a) Kebijakan ini mengatur jumlah kebutuhan tenaga dokter umum di wilayah Kabupaten Blitar.
   b) Kebijakan ini mengatur sistem insentif tenaga dokter umum sesuai dengan kriteria daerah yang ditetapkan.
   c) Yang berhak mengeluarkan kebijakan ini adalah Pemerintah Kabupaten Blitar.
3) Tipe Pendekatan

Tipe pendekatan yang dipergunakan dalam kebijakan ketenagaan dokter umum ini adalah;

   a) Pendekatan normatif; pada dasarnya kebijakan ketenagaan dokter umum ini menyesuaikan diri dengan rasio normatif yang berlaku di Indonesia dengan penyesuaian terhadap kemampuan fiskal Kabupaten Blitar.
   b) Pendekatan fasilitatif; kebijakan ini diupayakan dapat mengakomodasi keinginan dan harapan yang bisa menjadi motivator bagi tenaga dokter umum.
   c) Pendekatan prediktif; dengan akan diberlakukannya kebijakan ini diharapkan tenaga dokter umum bersedia untuk masuk dan mau bertahan untuk hidup di

wilayah Kabupaten Blitar, sehingga upaya peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat terwujud.

8.11. Konsekuensi dan Resistensi

Pada pembahasan konsekuensi dan resistensi metode yang akan dipergunakan untuk melakukan kajian adalah metode pendekatan prediktif, yaitu untuk menggambarkan akan adanya serangkaian tindakan atau perilaku yang dilakukan untuk menghadapi konsekuensi dari diberlakukannya kebijakan ketenagaan dokter umum ini.

Apabila kebijakan ketenagaan dokter umum ini benar-benar disetujui untuk diberlakukan maka akan ada puluhan bahkan ratusan dokter umum baru yang masuk ke wilayah Kabupaten Blitar, maka akan berdampak pada beberapa aktor utama, terutama yang bersentuhan langsung dengan pelayanan kesehatan.

1) Perilaku yang Muncul

Ada dua perilaku berlawanan yang diperkirakan akan muncul bila kebijakan tentang ketenagaan dokter umum ini diberlakukan, yaitu;

a) Perilaku positif; ada dua perilaku positif yang diprediksikan akan muncul.

i. Masyarakat akan terbiasa dengan pelayanan kesehatan yang menyediakan tenaga dokter sebagai aktor utama.

ii. Adanya standarisasi kualitas pelayanan kesehatan.

b) Perilaku negatif; ada satu perilaku negatif yang diprediksikan akan muncul.

i. Tenaga paramedis (perawat) yang selama ini berpraktek mandiri akan berusaha tetap eksis dengan bergeser ke daerah pinggiran.

2) Resistensi

Upaya penciptaan tata nilai baru dengan memberlakukan kebijakan tentang ketenagaan dokter umum ini tidak akan terlepas dari adanya resistensi dari aktor-aktor yang berkepentingan dengan pemberlakuan kebijakan tersebut, antara lain;

a) Dokter umum; dokter umum yang terbiasa berpraktek dengan sdikit atau bahkan tanpa persaingan dengan dokter lain pada akhirnya harus mau menerima keberadaan tenaga dokter lain,

b) Perawat; perawat yang selama ini bisa menjadi ’raja’ dalam menjalankan praktek mandiri, harus meminggirkan diri atau bahkan tidak boleh berpraktek sama sekali,
c) Masyarakat; dengan terjadinya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang didapatkan secara otomatis akan meningkatkan biaya pelayanan,
d) Provider swasta; dengan keberadaan kebijakan ini akan menambah persaingan dalam memperebutkan pasien.

3) Masalah yang Timbul

Pemberlakuan kebijakan baru ini diprediksikan akan menimbulkan beberapa masalah, yaitu :

a) Pertentangan antar tenaga dokter; Pertentangan ini terjadi antara tenaga dokter yang sudah lama menetap di Kabupaten Blitar dengan yang baru masuk. Pertentangan lebih ke arah masalah ekonomi dalam memperebutkan pasien,
b) Pertentangan antara tenaga dokter dengan perawat; Pertentangan antar profesi ini juga lebih ke arah masalah ekonomi dalam memperebutkan pasien,
c) Pertentangan antara provider swasta dengan tenaga dokter; Pertentangan ini juga lebih ke arah ekonomi.

8.12. Prediksi

Metode yang dipergunakan pada bahasan prediksi ini dengan menggunakan pendekatan prediktif, yaitu untuk memberikan informasi tentang konsekuensi di masa mendatang, baik berupa keberhasilan maupun kegagalan apabila kebijakan ketenagaan dokter umum tersebut diberlakukan.

1. Prediksi *Trade-off*

   Dengan upaya pemberlakuan kebijakan tentang ketenagaan dokter umum ini akan memunculkan *trade-off*, yaitu adanya pihak yang akan merasa diuntungkan dan pula ada yang akan merasa dirugikan dengan pemberlakuan kebijakan tersebut.

   a. Diuntungkan

      i. Masyarakat; masyarakat akan diuntungkan dengan terjadinya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

      ii. Tenaga dokter umum; tenaga dokter umum akan diuntungkan dengan kebijakan yang bersifat fasilitatif terhadap harapan dan keinginan tenaga dokter umum.

      iii. Pemerintah Kabupaten; pemerintah kabupaten akan diuntungkan dengan peningkatan kinerja bidang

kesehatan dalam upaya perwujudan peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap kesehatan.

b. Dirugikan

i. Masyarakat; masyarakat akan merasa dirugikan dengan terjadinya peningkatan biaya pelayanan kesehatan seiring dengan terjadinya peningkatan kualitas pelayanan.

ii. Tenaga dokter umum; tenaga dokter umum akan merasa dirugikan dengan terjadinya persaingan baru pasca pemberlakukan kebijakan ini.

iii. Pemerintah Kabupaten; pemerintah kabupaten harus mengeluarkan lebih banyak anggaran untuk bidang kesehatan umumnya dan sumber daya kesehatan khususnya.

2. Prediksi Keberhasilan

Prediksi keberhasilan dari pemberlakuan kebijakan yang mengatur ketenagaan dokter umum ini sangat besar seiring dengan masuknya nilai-nilai global tentang *good governance* yang semakin menuntut tanggung jawab pemerintah dalam melakukan upaya pelayanan publik. Sekaligus merupakan *raport* utama pemerintah kabupaten (bupati) dan legislatif (perwakilan parpol) dalam pemilihan bupati secara langsung maupun pemilihan umum (legislatif).

8.13. Rekomendasi Rancangan Kebijakan Ketenagaan Dokter Umum di Kabupaten Blitar

Pada pembahasan rekomendasi ini metode pendekatan yang dipergunakan adalah metode pendekatan preskripsi, yaitu pendekatan yang dilakukan untuk memberikan rekomendasi atau menyediakan informasi mengenai *value* atau kegunaan relatif dari diberlakukannya kebijakan tentang ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar ini.

Untuk lebih efektif dan efisiennya kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar tersebut, maka beberapa rekomendasi yang dapat diusulkan adalah;

1. Mengupayakan kebijakan yang selalu menekankan pada pendekatan secara fasilitatif. Pendekatan yang mendasari setiap kebijakan baru yang akan dikeluarkan diharapkan tidak menjadi kebijakan yang mengekang atau membatasi gerak langkah tenaga dokter umum. Justru sebaliknya, kebijakan yang akan disusun harus bisa memfasilitasi tenaga dokter umum dengan cara mewadahi atau mengadopsi faktor motivator dan harapan tenaga dokter umum dengan porsi yang proporsional dan wajar.

   Dengan pola dasar fasilitatif akan membuat kebijakan ketenagaan dokter umum yang disusun memiliki tingkat

keberhasilan implementasi yang tinggi karena mampu meminimalkan resistensi.

2. Tidak serta merta mengadopsi rasio normatif secara utuh, perlu dilihat realitas kondisi saat ini dan disesuaikan dengan kemampuan yang dimiliki oleh Kabupaten Blitar.
3. Perlunya strategi pengadaan yang sesuai dengan kebijakan yang berlaku secara nasional dengan tetap memperhatikan efektifitas dan efisiensi sistem pengadaan tersebut.
4. Perlu adanya sistem insentif yang sesuai dengan karakteristik Kabupaten Blitar untuk menarik tenaga dokter umum baru dan mempertahankan tenaga dokter umum yang ada.

Pada akhirnya rekomendasi kebijakan ini akan tercapai secara efektif sesuai dengan tujuan yang dikehendaki jika diimplementasikan secara baik (Danim, 2005).

Secara umum peneliti harus berusaha untuk tidak hanya mengatakan ’apa’ yang harus dikerjakan tetapi juga berusaha untuk mengatakan ’bagaimana’ cara mengerjakannya (Widavsky dalam Danim, 2005).

8.14. Usulan Rancangan Kebijakan Ketenagaan Dokter Umum

Pada bagian ini pembahasan merupakan draf atau usulan rancangan kebijakan yang mengatur tentang ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar. Penyusunan dilakukan dengan mengacu pada Undang-undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

PERATURAN DAERAH KABUPATEN BLITAR

NOMOR ... TAHUN 200...

TENTANG

PENGADAAN DAN PENEMPATAN TENAGA DOKTER UMUM

MELALUI PEGAWAI TIDAK TETAP DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KABUPATEN BLITAR

Menimbang : a. bahwa untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan yang berkualitas di wilayah Kabupaten Blitar, terdapat kekurangan tenaga dokter umum;

b. bahwa tenaga dokter umum yang ada seharusnya sesuai dengan rasio yang ditetapkan pemerintah pusat, dengan tetap memperhatikan kemampuan pemerintah daerah kabupaten;

c. bahwa sehubungan dengan hal tersebut huruf a dan b,dipandang perlu mengatur ketentuan

mengenai pengadaan tenaga dokter umum menjadi Pegawai Tidak Tetap Daerah;

Mengingat : a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan

c. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

d. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi

e. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan

f. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

g. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas

Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2005 Tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil

Memperhatikan:

a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 385/Menkes/Per/V/1988 tentang Pelaksanaan Masa Bhakti dan Izin Praktek bagi Dokter dan Dokter Gigi
b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter Menjadi Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti
c. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1540/Menkes/SK/XII/ 2002 tentang Penempatan Tenaga Medis melalui Masa Bakti dan Cara Lain
d. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/ 2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat
e. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SK/I/2004

tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit

f. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 864/Menkes/E/VI/2005 tentang Kebijakan Pengangkatan Dokter/Dokter Gigi PTT

Dengan Persetujuan Bersama:

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KABUPATEN BLITAR

dan

BUPATI KABUPATEN BLITAR

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PENGADAAN DAN PENEMPATAN TENAGA DOKTER UMUM MELALUI PEGAWAI TIDAK TETAP DAERAH

Pasal 1

Ketentuan Umum

Dalam peraturan daerah ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Blitar;
2. Bupati adalah Bupati Kabupaten Blitar;

3. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar;
4. Rasio tenaga dokter umum adalah rasio jumlah tenaga dokter umum terhadap jumlah masyarakat;
5. Anggaran dan Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten adalah APBD Kabupaten Blitar;
6. Surat Ijin Praktek (SIP) adalah bukti tertulis yang diberikan kepada tenaga medis yang menjalankan praktek setelah memenuhi persyaratan sebagai pengakuan kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan sesuai profesinya;
7. Pegawai Tidak Tetap daerah adalah pegawai yang diangkat oleh pejabat yang berwenang untuk jangka waktu tertentu guna melaksanakan tugas Pemerintahan dan pembangunan yang bersifat teknis profesional dan administrasi pada sarana pelayanan kesehatan dan tidak berkedudukan sebagai Pegawai Negeri.

Pasal 2

Pengadaan dan Penempatan Tenaga Dokter Umum

1. Rasio Tenaga Dokter Umum dibanding masyarakat adalah 1 : 7.313;

2. Pengadaan Tenaga Dokter Umum dilaksanakan dengan cara pengangkatan Pegawai Tidak Tetap (PTT) daerah;
3. Pengadaan tenaga dokter umum dilaksanakan oleh Bupati up. Badan Kepegawaian daerah;
4. Penempatan Tenaga Dokter Umum dilaksanakan dengan memperhatikan aspek pemerataan tenaga di setiap kecamatan;
5. Perpindahan Tenaga Dokter Umum dapat dilakukan setelah tenaga dokter umum melaksanakan tugas sekurang-kurangnya selama 1 (satu) tahun;
6. Penempatan dan perpindahan tenaga dokter umum dilaksanakan oleh Bupati up. Dinas Kesehatan;
7. Pembiayaan Pengadaan Tenaga Dokter Umum dibebankan kepada Anggaran dan Pendapatan Daerah Kabupaten.

Pasal 3

Kewajiban dan Hak

1. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah wajib:

a. Melaksanakan masa bakti sesuai kesepakatan.
b. Melaksanakan program kesehatan yang ditentukan oleh Pemerintah Kabupaten.
c. Membayar pajak penghasilan sesuai ketetentuan yang berlaku.
d. Mengikuti latihan pra tugas untuk menunjang pelaksanaan tugas pada wilayah kerjanya.

2. Tenaga dokter umum sebagai tenaga kontrak atau PTT daerah berhak:
   a. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah memperoleh penghasilan berupa: gaji pokok, tunjangan pajak penghasilan, tunjangan wilayah kerja, tunjangan perumahan, tunjangan wilayah dan tunjangan lain.
   b. Tunjangan wilayah adalah tunjangan yang diberikan sesuai dengan wilayah penempatan tenaga dokter yang terbagai menjadi wilayah I, II, dan III.
   c. Besaran tunjangan wilayah diatur lebih lanjut oleh Dinas Kesehatan.

d. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah memperoleh biaya perjalanan sebagai biaya penempatan sesuai dengan kriteria wilayahnya.
e. Besarnya biaya perjalanan sebagai biaya penempatan ditentukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku bagi Pegawai Negeri Sipil.
f. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah berhak memperoleh cuti.
g. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah apabila meninggal pada pelaksanaan masa bakti, memperoleh biaya pemakaman sesuai dengan ketentuan yang berlaku, meliputi antara lain; peti jenazah, angkutan jenazah, dan biaya perjalanan keluarga ahli waris sebanyak-banyaknya 3 orang.
h. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah yang meninggal pada pelaksanaan masa bakti, diberikan uang duka sebesar 6 kali penghasilan terakhir.

i. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah selama masa bakti dapat melakukan praktek perorangan di luar jam jam kerja sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
j. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah memperoleh prioritas pada saat seleksi penerimaan CPNS.
k. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah mendapatkan pelatihan yang sama dengan PNS/karyawan lainnya untuk meningkatkan ketrampilan.
l. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah dapat mengajukan usulan melanjutkan pendidikan setelah sekurang-kurangnya melaksanakan masa bakti sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun.
m. Tenaga dokter umum sebagai tenaga PTT daerah dapat dipilih sebagai tenaga medis teladan.
n. Tenaga dokter umum sebagai tenaga kontrak atau PTT daerah yang terpilih sebagai tenaga medis teladan berhak memperoleh biaya pendidikan ke jenjang

selanjutnya (master atau spesialis) yang ditanggung APBD kabupaten.

Pasal 4

Pembinaan dan Pengawasan

1. Bawasda atau pejabat yang ditunjuk dalam rangka pembinaan dan pengawasan pegawai dapat menjatuhkan hukuman disiplin kepada tenaga dokter umum yang sedang melaksanakan masa bakti atau praktek mandiri dengan mengikutsertakan organisasi profesi;
2. Bawasda atau pejabat yang ditunjuk dalam rangka pembinaan dan pengawasan dapat menjatuhkan hukuman disiplin kepada tenaga dokter umum yang melanggar sesuai perjanjian kerja dan/atau peraturan perundang-undangan yang berlaku;
3. Hukuman sebagaimana dimaksud pada ayat (a) meliputi;
    a. Pemutusan Kontrak
    b. Pemberhentian gaji dan/atau tunjangan
    c. Pencabutan Surat Ijin Praktek.

Pasal 5

Penutup

1. Petunjuk pelaksanaan keputusan ini akan ditetapkan lebih lanjut dalam keputusan tersendiri;
2. Keputusan ini mulai berlaku secara efektif per tanggal ... .2008

Ditetapkan di Blitar

Pada tanggal ....200...

BUPATI KABUPATEN BLITAR

Ttd.

(NAMA)

Diundangkan di Blitar

pada tanggal ...

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BLITAR

Ttd.

(NAMA)

LEMBARAN DAERAH KABUPATEN BLITAR

TAHUN 200... NOMOR ...

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

Ttd.

(nama)

Bab 9

Kesimpulan & Rekomendasi

9.1. Kesimpulan

Berdassarkan seluruh hasil penelitian dan pembahasannya dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut;

1. Ada empat dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum yang bisa diaplikasi di Kabupaten Blitar, yaitu berdasarkan karakteristik demografis (jumlah penduduk), berdasarkan jumlah sarana pelayanan kesehatan (jumlah puskesmas), berdasarkan karakteristik geografis-administratif (jumlah kecamatan), berdasarkan peningkatan beban pelayanan kesehatan (jumlah kunjungan).

2. Telah disepakati oleh semua aktor kebijakan bahwa dasar penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum yang dipakai di Kabupaten Blitar adalah rasio jumlah penduduk.
3. Kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan dasar penghitungan dengan rasio jumlah penduduk mencapai 454 pada tahun 2009 sampai dengan 470 orang tenaga dokter umum pada tahun 2018. Kemampuan atau potensi Kabupaten Blitar diprediksi oleh aktor kebijakan akan terus meningkat sesuai *trend* lima tahun terakhir, termasuk didalamnya persentase anggaran untuk bidang kesehatan.
4. Berdasarkan kesepakatan aktor kebijakan melalui FGD hanya 10 orang tenaga dokter umum baru setiap dua tahun yang mampu disediakan oleh Pemerintah Kabupaten Blitar.
5. Rekomendasi formulasi kebijakan ketenagaan dokter umum di Kabupaten Blitar merupakan kebijakan yang bersifat fasilitatif, menggunakan rasio yang disesuaikan dengan kondisi saat ini dan kemampuan fiskal kabupaten, menggunakan strategi pengadaan PTT daerah, serta pola insentif dengan pemetaan kembali wilayah Kabupaten Blitar.

9.2. Rekomendasi

Rekomendasi yang bisa diusulkan berdasarkan hasil kesimpulan adalah sebagai berikut;

1. Dinas Kesehatan mengadvokasikan rancangan kebijakan ini ke seluruh aktor kebijakan di Kabupaten Blitar.
2. Dinas Kesehatan berkoordinasi dengan DPRD, BKD, Dipenda, Bappeda dan perencana anggaran di kabupaten untuk memperoleh komitmen yang dibutuhkan.
3. Mengadakan pengumuman secara terbuka melalui media cetak dan internet untuk penjaringan tenaga dokter umum.

Daftar Pustaka

Alliance For Health Policy And Systems Research. 2004. *Strengthening Health Systems: The Role and Promise of Policy and Systems Research.* Geneva; Alliance For Health Policy And Systems Research

Alliance For Health Policy And Systems Research. 2005. *Make It Happen: How Decision-Makers Can Use Policy and System Research to Strengthen Health System.* Geneva; Alliance For Health Policy And Systems Research

Alliance For Health Reform. 2007. *Rewarding Quality Performance: The Role of Nursing*. Washington, D.C.; Alliance For Health Reform,

Aminulloh, Syahrul. 2006. Penguatan Komitmen oleh Aktor Politik untuk membuat Rakyat Sehat di Era Desentralisasi. *Makalah.* Bandung; Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan

Anharudin. 2006. "Memahami Proses Pengambilan Kebijakan Publik, Interpretasi Terhadap Pemikiran William N Dunn". Tersedia di: *http://www.nakertrans.go.id.* Diakses bulan Oktober 2006

Asshiddiqie, Jimly. 2000. Tata Urut Perundang-Undangan dan Problema Peraturan Daerah. *Makalah*, Disampaikan dalam rangka Lokakarya Anggota DPRD se-Indonesia., oleh LP3HET; Jakarta.

Australian Museum Audience Research Centre. 2007*. Focus Group*. Sydney; Australian Museum Audience Research Centre

Azwar, Azrul. 2004. *Standar Pelayanan Kesehatan*. Jakarta; Ditjen Bina Kesmas Depkes RI.

Badan Pusat Statistika Kabupaten Blitar. 2008. *Kabupaten Blitar dalam Angka 2007.* Blitar; Badan Pusat Statistik Kabupaten Blitar

Bankauskaite, Vaida And Guy Dargent. 2007. Health Systems Performance Indicators: Methodological Issues. *Presupuesto y Gasto Público volume 49/2007: page 125-137*

Brush, Charles Adam, Maggie M. Kelly, Denise Green, Marcus Gaffney, John Kattwinkel, Molly French. 2005. "Devising and Evaluating Policies to Address Disabilities, Meeting the Challenge: Using Policy to Improve Children's Health". *American Journal of Public Health*, Volume 95, Nomor 11 November 2005, Halaman 1904-1909

Budiarto, W. 2003. "Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan oleh Pemerintah Sebelum dan Selama Otonomi Daerah di Propinsi Kalimantan Timur". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.* Volume 06/Nomor 02/2003, Halaman 97-109

Budiningsih, Nanis. 2006. *Jamkesos; Implementasi dan Praktek*. Yogyakarta; Task Force Reformasi Dinas Kesehatan Propinsi Yogyakarta

National Health Performance Committee. 2001. *National Report on Health Sector Performance Indicators; Using Performance Information for Health System Improvement.* National Health Performance Committee, Australia

Danim, Sudarwan. 2005. *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan.* Jakarta; Bumi Aksara

Departemen Dalam Negeri dan Otonomi Daerah. 2006. *Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor 23 Tahun 2001 Tanggal 18 Juli 2001 tentang Prosedur Penyusunan Produk Hukum Daerah*. Jakarta; Depdagri dan Otda RI.

Departemen Dalam Negeri. 2006. *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 16 Tahun 2006 tentang Prosedur Penyusunan Produk Hukum Daerah*. Jakarta; Depdagri RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2002. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1540/Menkes/SK/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003a. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003b. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003c. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004a. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004b. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004c. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004d. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1199/Menkes/Per/X/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004e. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005a. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005b. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1419/Menkes/Per/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005c. *Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009*. Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005d*. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 864/Menkes/E/VI/2005 tentang Kebijakan Pengangkatan Dokter/Dokter Gigi PTT.* Jakarta; Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta; Depkes RI.

Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas dan Rumah Sakit yang Ditanggung Pemerintah Kabupaten Blitar*. Blitar; Dinkes Kab. Blitar

Dumilah Ayuningtyas. 2006. "Sistem Pemberian Insentif Yang Berpihak Pada Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Daerah Terpencil: Studi Kasus Provinsi Lampung". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.* Volume 09/Nomor 02 Juni/2006, Halaman 87-93

Dunn, William. 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* (*second edition)(terjemahan)*. Jogjakarta; Gadjah Mada University Press

Dussault, Gilles. 2006. *Priorities and Strategies in Human Resources for Health, Improving The Performance of The Health Workforce : From Advocacy to Action*. Geneva; PAHO/WHO

Dwijowijoto, Riant Nugroho. 2006. *Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang, Model-Model Perumusan, Implementasi, dan Evaluasi*. Jakarta; PT Elex Media Komputindo

e-dukasi. 2000. *Norma Hukum, Tata Urutan Peraturan Perundangan*. Tersedia di http://www.e-dukasi.net / mol / mo_full.php? moid= 18&fname= ppkn 106_05 .htm. Diakses Bulan Juli 2008

Evans, Robert G., Greg L. Stoddart. 2003. "Consuming Research, Producing Policy?" *American Journal of Public Health,* Volume 93, No. 3 March 2003, Halaman 371-379

Gani, Ascobat. 2001. *Pembiayaan Kesehatan di Indonesia*. Jakarta; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Gani, Ascobat .2003. Manajemen Penelitian Kesehatan. *Makalah*. Jakarta; Pertemuan Ilmiah Badan Litbangkes. Badan Litbang Depkes RI.

Gani, Ascobat. 2006. "Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi". *Makalah*. Bandung; Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan

Garfinkel, Michele S., Daniel Sarewitz, dan Alan L. Porter. 2006. "Opportunities And Demands In Public Health Systems; A Societal Outcomes Map For Health Research And Policy". *American Journal Of Public Health*. Volume 96 Nomor 3, Maret 2006, Halaman 441-446

Geddis, PW. 1988. Health Service Performance Indicators. *The Ulster Medical Journal*. Volume 57, No. 2, page 121 - 128, October 1988

Gordon, Ian, Janet Lewis and Ke Young dalam Hill, Michael (eds). 1993. *The Policy Process, A Reader.* New York; Harvester Wheatsheaf

Graeff, JA., JP. Elder, EM. Booth. 1993. *Communication for Health and Behaviour Change, A Developing Country Perspektive.* San Fransisco; Jossey-Bass Publisher

Haas, Peter J. and J. Fred Springer. 1998. *Applied Policy Research, Concept and Cases.* New York and London; Garland Publishing, Inc.

Hadi, S. 2001. *Metodologi Research. Jilid dua.* Yogyakarta; Adi Offsett

Hadi, Samsul, Mutrofin. 2006. *Metode Riset Evaluasi untuk Kebijakan, Program, Proyek.* Yogyakarta; Laksbang Pressindo

Hämäläinen, Raimo P. 2007. *Group Decisions and Voting*. Systems Analysis Laboratory, Helsinki; Helsinki University of Technology

Harmana, Tisa & Wiku B. Adisasmito. 2006. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Tahun 2006”. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 09/Nomor 03/September/L/2006, Halaman 134 – 145

Harrington, Charlene and Carroll L. Estes. 2001. *Health Policy, Crisis and Reform in the US Health Care Delivery System (Third Edition).* Canada; Jones and Bartleet Inc. Mississauga

Healthcare Financial Management Association. 2007. *Financing the Future III Report 1 Healthcare Payment: Goals, Trends, and Strategies*. Westchester; Healthcare Financial Management Association

Hornby, Peter, and Paul Forte. 1997. *Human Resource Indicators and Health Service Performance.* Kelle; Centre for Health Planning and Management Keele University

Hurwitz, Brian. 2002. “What's a good doctor, and how can you make one? By marrying the applied scientist to the medical humanist”. *British Medical Journal*. Volume 325(7366); 28 September 2002;Halaman 667–668

Idris, Fahmi. 2007. “Tenaga Dokter di Indonesia”. Tersedia di *www.tenaga-kesehatan.or.id/depkes*. di akses tanggal 2 bulan Maret 2007

Ilyas, Y. 2006. Determinan Distribusi Dokter Spesialis di Kota/Kabupaten Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 09/Nomor 03/September/L/2006, Halaman 146-155

Irwanto. 1998. *Focus Group Discussion : Sebuah Pengantar Praktis.* Jakarta; Pusat Kajian Masyarakat Universitas katolik Indonesia Atma jaya

Iswandari, Hargianti Dini. 2006. Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktik Kedokteran: Suatu Tinjauan Berdasarkan Undang-Undang No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 09/Nomor 03/Juni/L/2006, Halaman 52-57

Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, Philip Musgrove (editor). 2006. *Priorities is Health*. Washington, D.C.; The World Bank

Joffe, Michael, Jennifer Mindell. 2006. "Complex Causal Process Diagrams for Analyzing the Health Impacts of Policy Interventions:. *American Journal of Public Health,* Volume 96, Nomor 3 March 2006, Halaman 473-479

Kabupaten Blitar. 2006a. *Penyusunan Rencana Kebijakan Program Peningkatan Kualitas Kesehatan Masyarakat Kabupaten Blitar Tahun 2006-2011.* Blitar; Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Blitar

Kabupaten Blitar. 2006b. *Penyusunan Studi Kelayakan Pembangunan Rumah Sakit Tipe D/C di Sutojayan Kabupaten Blitar.* Blitar; Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Blitar

Kelly, P. Keith. 1994. *Team Decision-Making Techniques.* California; Richard Chang Associates

Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. 3 Tahun 2000 tentang Sumber Hukum Dan Tata Urutan Peraturan Perundang Undangan

Ketetapan MPR Nomor I/MPR/2003 tentang Peninjauan terhadap Materi dan Status Hukum Ketetapan MPRS dan Ketetapan MPR RI Tahun 1960 sampai dengan Tahun 2002

Kompas. 2000. "Hapus Tap MPR, Perpu, dan Keppres". Harian *Kompas* Edisi Rabu, 8 Maret 2000; Kolom Berita Utama

Kompas. 2008. "Dokter dalam Sorotan Kamera". Harian *Kompas* Edisi Rabu, 16 Januari 2008; Kolom Berita Utama

Koontz, Harold, Cyril O'Donnell, Heinz Weirich. 1984. *Manajemen, edisi kedelapan*. Jakarta; Erlangga

Kusnanto, Hari. 2000. *Metode Kualitatif Riset Kesehatan*. Yogyakarta; Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Gadjah Mada

Leatherman, Sheila, and Nuffield Trust. 2008. *Applying Performance Indicators to Health Systems Improvement.* Center for Health Care Policy and Evaluation, Minneapolis

Love, James. 2005. *Remuneration Guidelines for Non-Voluntary Use of A Patent on Medical Technology.* Geneva; WHO

Makridakis, Spyros, Steven C. Wheelwright, Victor E. McGee. 1995. *Metode dan Aplikasi Peramalan, Edisi Kedua.* Jakarta; Penerbit Erlangga

Mardiasmo. 2002. *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*. Yogyakarta; Andi Offset

Marzoeki, Puti, Peter Heywood, Pandu Harimurti. 2006. "Reformasi Sektor Kesehatan di Indonesia; Tantangan dan Langkah ke Depan". *Makalah.* Bandung; Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan

Masyarakat Transparansi Indonesia. 1998. Hasil Kajian 528 Keputusan Presiden Tahun 1993-1998. *Siaran Pers*. Jakarta, 16 Oktober 1998

Mathis, Robert L., & Jackson, John H. 2004. *Human Resource Management, Tenth Edition.* Mason-Ohio; Thomson South-Western

Mayer Robert R., dan Ernest Greenwood. 1984. *Rancangan Penelitian Kebijakan.* Jakarta; CV. Rajawali

Mays, Glen P., Megan C. McHugh, Kyumin Shim, Natalie Perry, Dennis Lenaway, Paul K. Halverson, Ramal Moonesinghe. 2006. "Institusional and Economic Determinants of Public Health Sistem Performance". *American Journal of Public Health*. Volume 96/Nomor 3/Maret/2006

McIntyre, D., D. Muirhead, L. Glison, J. Gao, J. Qian, S. Tang, B. Eriksson, E. Blas, Q. Meng, Q. Sun, N. Hears, G. W. Kivumbi, F. Kintu, Z. Shaokang, S. Zhenwei, E. Blas, M. Valdivia, R. A. Castano, J.J. Arbelaez, U. B. Giedion, L. G. Morales, N. Chabikuli, H. Schneider, D. Blauw, A.B. Zwi, R. Brugha, C. Paphassarang, K. Philavong, B. Boupha, E. Blas. 2003. *Health Sector Reform; New Finding on Health Sector Reforms and Equitable Resource Allocation*. Geneva; WHO

Mills, Anne, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith, Iraj Tabibzadeh. 1991. *Desentralisasi Sistem Kesehatan; Konsep-konsep, Isu-isu, dan Pengalaman di Berbagai Negara.* Yogyakarta; Gadjah Mada University Press

Mukti, Ali Ghufron. 2003. "Mencari Alternatif Pembiayaan Kesehatan Berbasis Asuransi Kesehatan Sosial di Era Desentralisasi". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*; Volume 06/Nomor 02: Halaman 45-50.

Muliaddin, Ali Ghufron Mukti, Nanis Budiningsih. 2005. "Analisis Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin di Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Volume 08/Nomor 03/September/2005

Mulyana, D. 2001. *Metode Penelitian Kualitatif ; Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya.* Bandung; Remaja Rosdakarya

Mulyono, Sri. 1996. *Teori Pengambilan Keputusan.* Jakarta; Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia

Murray, C.J.L. and D.B. Evans. 2003. *Health Systems Performance Assessment; Debates, Methods and Empiricism*. Geneva; World Health Organization

Murti, Bhisma. 2006. "Contracting Out Pelayanan Kesehatan: Sebuah Alternatif Solusi Keterbatasan Kapasitas Sektor Publik". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Volume 09/Nomor 03/September/2006

Murti, Bhisma, Laksono Trisnantoro, Ari Probandari, Atik Heru Maryanti, Deni Harbianto, Mubasysyir Hasanbasri, Titik Wisnuputri. 2006. *Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Kota*. Yokyakarta; Gadjah Mada University Press

Nachrowi, Nachrowi Djalal dan Hardius Usman. 2004. *Teknik Pengambilan Keputusan.* Jakarta; Grasindo

National Health Performance Committee, 2001. National health performance framework. Canberra, Australia, NHPC

Nelson, Bob. 2007. *1001 Cara untuk Memberikan Imbalan Kepada Karyawan.* Jakarta; Karisma Publishing Group

Osborne, David dan Ted Gaebler. 1996. *Reinventing Government; How The Entrepreneurship Spirit is Transforming The Public Sector (Mewirausahakan Birokrasi).* Jakarta; Lembaga PPM dan PT Pustaka Binaman Pressindo

Pan American Health Organization. 1998. *MDGs in The Americas*. Canada; Pan American Health Organization

Parsons, Wayne. 2005. *Public Policy, Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta; Kencana

Pelikan, Juergen M., Karl Krajic, Hubert Lobnig (eds). 1997. Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. *Proceedings.* Vienna, Austria; International Conference on Health Promoting Hospitals

Pudjirahardjo, Widodo Jatim. 2006. Analisis Kebijakan Publik. *Bahan Kuliah.* Surabaya; Universitas Airlangga

Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan. 2004a. Kajian Alternatif Penempatan Tenaga Kesehatan Terampil di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil. *Laporan.* Jakarta; Depkes RI.

Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan. 2004b. *Kajian Kebijakan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan.* Jakarta; Depkes RI.

Qomarudin, MB. 2002. *Fokus Group Diskusi.* Surabaya; Bagian Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

Republik Indonesia. 1988. *Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 1992. *Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 1996. *Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 1999. *Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Pokok-pokok Kepegawaian.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2000a. *Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2000b. *Peraturan Pemerintah Nomor 97 Tahun 2000 tentang Formasi Pegawai Negeri Sipil.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2003*. Peraturan Pemerintah Nomor 9 Tahun 2003 tentang Wewenang Pengangkatan, Pemindahan dan Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2004a. *Undang-Undang Nomor 10/2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan,* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2004b. *Undang-Undang Nomor 29/2004 tentang Praktik Kedokteran.* Republik Indonesia. 2004. *Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2004c. *Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2004d. *Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintahan Pusat dan Daerah.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2004e. *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2005. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2005 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2007a. *Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.* Jakarta; Republik Indonesia

Republik Indonesia. 2007b. *Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2005 Tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil.* Jakarta; Republik Indonesia

Ridde, Vale´ ry. 2003. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; volume 81: page 532-538

Rizo, Carlos A. 2002. “What's a good doctor and how do you make one? Doctors should be good companions for people”. *British Medical Journal*. Volume 325 (7366); 28 September 2002; Halaman 711

Saefullah, Avip. 2006. “Relevansi Pembangunan Kesehatan Daerah terhadap Kebijakan Kesehatan Nasional di Era Otonomi Daerah”*. Makalah.* Bandung; Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan

Samuels, Gill. 2007. *Availability, Accessibility and Affordability; The Challengge of Deseases ini Poverty*. Geneva; World Health Organization

Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003. "Kebijakan SumberDaya Kesehatan (Penganggaran, Kepegawaian, Aset, Peraturan Perundang-unangan dan Sistem Informasi Kesehatan". *Makalah*. Surakarta; Pertemuan Sosialisasi Kebijakan pembangunan Kesehatan

Sjaaf, Amal Chalik. 2006. "Identifikasi Gap dan Konflik Kebijakan". *Makalah*. Bandung; Pelatihan Kajian Kebijakan Publik-Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan

Sjaaf, Amal Chalik. 2006. "Ruang Lingkup dan Metodologi Health Policy and System Research". *Makalah*. Surabaya; Seminar Health Policy and System Research-Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan

Smith, Peter C. 2008. *Composite Indicators of System Performance*. Centre for Health Economics University of York. Canada

Smith, Peter C., Elias Mossialos and Irene Papanicolas. 2008. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Estonia; World Health Organization and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Söderlund, Neil, Pedro Mendoza Arana, Jane Goudge. 2003. *The New Public/Private Mix in Health: Exploring The Changing Landscape.* Geneva; Alliance for Health Policy And Systems Research

Stewart, D., P. Shamdasani. 1990. *Focus Group : Theory and Practice.* Sage Publications

Stokey, Edith and Richard Zeckhauser. 1978. *A Primer for Policy Analysis*. New York and London; W.W. Norton & Company

Stoner, AF. James, R. Edward Freeman, Daniel R. Gilbert JR. 1996. *Manajemen.* Jakarta; Prenhallindo

Sudarsana, I Made. 2006. "Jaminan Kesehatan Jembrana; Satu Reformasi Kesehatan". *Makalah.* Bandung; Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan

Sukarna, Laode Ahmad, Nanis Budiningsih, Sigit Riyarto. 2006. "Analisis Kesiapan Dinas Kesehatan dalam Mengalokasikan Anggaran Kesehatan pada Era Desentralisasi". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Volume 09/Nomor 01/Maret/2006. Halaman 10-18

Supriyanto, Stefanus, Nyoman Anita Damayanti. 2007. *Perencanaan dan Evaluasi.* Surabaya; Airlangga University Press

Suyudi, Ahmad. 2004. *Pemetaan Kebijakan Kesehatan.* Tersedia di : http://perpustakaan.bappenas.go.id/pls/kliping/data_access.show_file_clp?v_filename=F3199/Pemetaan

%20Kebijakan%20Kesehatan.htm. Diakses tanggal 17 Oktober 2006

Tandon, Ajay, Christopher JL. Murray, Jeremy A. Lauer, David B. Evans. 2007. *Measuring Overall Health System Performance For 191 Countries*. Geneva; World Health Organization

Thabrany, Hasbullah (eds). 2005. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. Jakarta; Raja Grafindo Persada

Topatimasang, Roem, et. Al. (eds). 2005. *Sehat Itu Hak: Panduan Advokasi Masalah Kesehatan Masyarakat.* Jakarta; Koalisi untuk Indonesia Sehat-INSIST

Trisna, A.A. Istri Nirmala, A.A. Gde Muninjaya. 2006. "Tantangan dalam Mengembangkan Universal Coverage Pembiayaan Masyarakat di Indonesia: Studi Kasus di Kabupaten Jembrana Propinsi Bali". *Makalah.* Bandung; Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan

Wahab, Solichin Abdul. 1997. *Analisis Kebijaksanaan, Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara (edisi kedua).* Jakarta; Bumi Aksara

Weimer, David L. and Aidan R. Vining. 1992. *Policy Analysis, Concept and Practice (Second Edition).* New Jersey; Prentice Hall, Englewood Cliffs

Weissert, Carol S. and William G. Weissert. 2002. *Governing Health, The Politics on Health Policy (second edition).* Baltimore and London; The Johns Hopkins University Press

Wikipedia Indonesia. 2006. *Kebijakan*. Ensiklopedia bebas berbahasa Indonesia. Tersedia di : http://id.wikipedia.org/wiki/Kebijakan_publik. Diakses bulan Oktober 2006

Wikipedia Indonesia. 2003. *Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. 3 Tahun 2000 tentang Sumber Hukum Dan Tata Urutan Peraturan Perundang Undangan*. Ensiklopedia bebas berbahasa Indonesia. Tersedia di http://id.wikipedia.org/wiki/Ketetapan_MPR_Nomor_I/ MPR/2003

Wong, Li Ping. 2008. *Focus Group Discussion: A Tool for Health and Medical Research*. Singapore Medical Journal. 2008; Volume 49(3) : page 256-261

Wooldridge, Judith. 2007. *Making Health Care a Reality for Low-Income Children and Families*. Princeton, New Jersey; Mathematica Policy Research, Inc.

World Health Assembly, Fifty-First. 1998. *Health-For-All Policy for The Twenty-First Century*. Geneva; Fifty-First World Health Assembly

World Health Organization. 1987. *Communication : A Guide for Manager of National Diarrhoeal Disease*. Geneva; World Health Organization

World Health Organization. 2000. *Millenium Development Goals (MDG's).* Geneva; World Health Organization

World Health Organization. 2002. *Assessment of health systems' performance: Report of the Scientific Peer Review Group.* Geneva; World Health Organization

World Health Organization. 2006. *The Right to Health*. Geneva; World Health Organization

World Health Organization. 2007. *Technical Briefs for Policy Makers; Providers Payment and Cost Containment Lesson from OECD Countries.* Geneva; WHO

Zulfendri. 2006. "Regulasi Dokter Spesialis; Studi Komparasi Regulasi Pelayanan Kesehatan di Kota Medan Indonesia dan Negeri Pulai Pinang Malaysia Tahun 2006". *Laporan.* Medan; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara

Zulfian. 2006. Pembiayaan Kesehatan Tahun 2002-2005 di Kota Bitung. *Makalah.* Bandung; Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan

Health Advocacy

adalah wadah terbuka bagi setiap orang/lembaga yang bersedia menjadi provokator untuk mewujudkan kesempatan yang sama bagi setiap orang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas

Visi dan Misi

Visi yang dikembangkan oleh *Health Advocacy* ini adalah mampu memberikan pencerahan pada pembangunan kesehatan secara holistik dalam berbagai sudut pandang keilmuan.

Sedang misi yang diemban oleh *Health Advocacy* adalah :

- Memacu pengembangan kebijakan sistem kesehatan daerah
- Memberikan *overview* dan advokasi pengembangan dan pelaksanaan manajemen kesehatan daerah
- Melakukan upaya pelaksanaan *capacity building stake holder* pengelola pembangunan kesehatan daerah
- Melakukan upaya pemberdayaan masyarakat *grass root* dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah.

E book 4 free!

Dapatkan e book 'Proyeksi & Pola Akses Pelayanan Kesehatan Ibu 5 Tahun Terakhir di Indonesia'

Link download;

http://www.scribd.com/doc/67098093/PROYEKSI-POLA-AKSES-PELAYANAN-KESEHATAN-IBU-5-TAHUN-TERAKHIR-DI-INDONESIA

Analisis Kebijakan Ketenagaan

SEBUAH FORMULASI KEBIJAKAN KETENAGAAN DOKTER UMUM

Analisis kebijakan, sebuah ilmu gado-gado yang memadukan banyak disiplin ilmu untuk meramu sebuah kebijakan dengan harapan menjadi applicable. Dengan membuka mata selebar mungkin terhadap isu kebijakan, menganalisis keterkaitan kebijakan yang sudah ada sebelumnya, strategi meminimalisir resistensi, merangkul sebanyak mungkin aktor kebijakan, menyediakan alternatif kebijakan, serta mampu memprediksikan tingkat keberhasilannya di masa mendatang, membuat analisis kebijakan menjadi sedemikian kompleks

ISBN 978-602-98177-7-5

HealthAdvocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat
Jl. Bibis Karah I/41 Surabaya 60232
Email; healthadvocacy@information4u.com

PUSAT HUMANIORA KEBIJAKAN KESEHATAN
& PEMBERDAYAAN MA
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176
Telp. +6231-3528748, Fax. +6231-3528749